



Universidad Pública de Navarra
Facultad de Ciencias de la Salud
Máster Universitario en Salud Pública

“PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN EN
CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE
VALPARAÍSO, CHILE”

Trabajo final para optar al Grado Académico de Máster Universitario en Salud
Pública

Estudiante : Sebastián G. Pino Hidalgo,
Fonoaudiólogo

Tutor de TFM : Ignacio J. Pérez Ciordia

Pamplona, septiembre de 2017

El presente Trabajo de Fin de Máster es un Programa de Salud Pública denominado “PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN DE CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VALPARAÍSO”.

Ha sido supervisado y aprobado por Don Ignacio Pérez Ciordia, profesor titular del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra, para su presentación y defensa ante un Tribunal el cual calificará los Trabajos de Fin de Máster del curso 2016/2017.

Fdo. Ignacio Pérez Ciordia

Pamplona, a 8 de septiembre de 2017

Agradecimientos

A mi familia que extraño intensamente desde el día que atravesé la puerta de embarques. Sobre todo a Blanca, la pequeña luz que me da fuerzas cada amanecer.

A Amaia, mi compañera incondicional de aventuras y desventuras. Y a toda su familia, que nos han apoyado en esta etapa.

A mis amigos, a los de fogatas y de piscinas, de la universidad y la vida. Si tuviera que nombrar a todos los amigos que agradezco, tendría que adjuntar una tabla en los anexos y creo que eso no sería muy pertinente.

A Ramiro, quién la última vez que lo vi me dijo “ándate a España y no mires para atrás”. Y aquí estamos. Mirando p’adelante.

A Web of Science y Mendelay. Ojalá haberles conocido antes.

Gracias especiales a María Paz Bertoglia, quien me ha apañó desde el día cero con la idea y me ha ayudado a ordenar los pensamientos y escribirlos.

A mi guitarra de palo, Paloma.

INDICE

Contenido	Página
Resumen / Abstract	6
1. Introducción	8
2. Deglución	9
3. Control neuromotor de la deglución	10
4. Disfagia	11
5. Complicaciones	13
6. Evaluación	17
7. Tratamiento	20
8. Disfagia como problema de Salud Pública	21
9. Justificación de la propuesta	25
10. Presentación de la propuesta de intervención	35
10. 1. Objetivos	36
10. 1. 1. Objetivo general	36
10. 1. 2. Objetivos específicos	36
10. 2. Desarrollo y ejecución	36
10. 2. 1. Participantes	36
10. 2. 1. 1. Criterios de inclusión para la población objetivo	36
10. 2. 1. 2. Criterios de exclusión	37
10. 2. 1. 3. Ingreso de los participantes	37
10. 2. 2. Cronograma de actuación	39
10. 2. 3. Actividades	42
10. 2. 3. 1. Evaluación de estadísticas del Centro	42
10. 2. 3. 2. Capacitación a profesionales	43
10. 2. 3. 3. Actividades comunitarias socioeducativas	43
10. 2. 3. 4. Actividades asistenciales	45
10. 2. 3. 5. Supervisión	46
10. 2. 3. 6. Evaluación de impacto	46
10. 2. 3. 7. Retorno a la comunidad	46
10. 3. Procesos	47
10. 3. 1. Proceso individual	47
10. 3. 2. Proceso grupal	48
10. 4. Recursos y costes	49
10. 4. 1. Recursos humanos	50
10. 4. 2. Recursos materiales	55
10. 4. 3. Costos	56
10. 4. 4. Recursos sin costo	60
10. 5. Evaluación	60
10. 5. 1. Evaluación cualitativa	61
10. 5. 2. Evaluación cuantitativa	61

10. 6. Resultados esperados	67
11. Conclusiones	69
12. Referencias	73
13. Anexos	84

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

	Página
Figuras	
1. Fases de la deglución	10
2. Corte sagital de estructuras implicadas en el proceso deglutorio	10
3. Algoritmo de Volume-Viscosity Swallowing Test V-VST	19
4. Estimaciones sobre prevalencia de disfagia	21
5. Prevalencia de disfagia en demencia	23
6. Disfagia en pacientes con demencia institucionalizados	23
7. Egresos hospitalarios Chile, 2008	28
8. Problemas de salud en personas mayores de 60 años en Chile	31
9. Población inscrita y no inscrita en FONASA, Comuna de Valparaíso	33
10. Flujograma de ingreso/rechazo de candidatos	39
11. Proceso para participantes	49
12. Gastos del programa	56
Tablas	
1. Distintas causas de Disfagia Orofaríngea	12
2. Factores de riesgo de Neumonía Adquirida en Comunidad	14
3. Factores de riesgo de malnutrición en pacientes adultos mayores	15
4. Sensibilidad y especificidad para aspiración en WST	19
5. Distribución de individuos inscritos en los distintos CESFAM de la Comuna de Valparaíso, año 2013	33
6. Cronograma de actuación	41
7. Caracterización de RR.HH. en la aplicación del Programa	51
8. Recursos materiales básicos necesarios para la ejecución del Programa	55
9. Costos monetarios del Programa por ítem, con detalle, coste mensual en pesos chilenos, y total en pesos chilenos y euros, ajustado a cambio de divisa promedio para el mes de julio de 2017	57
10. Indicadores cuantitativos de medición del Programa	63
11. Indicadores sociodemográficos y otros datos de salud poblacional	66
12. Asistencia esperada a actividades individuales y grupales	67

Resumen

La deglución es el proceso por el cual el alimento pasa de la boca al estómago, iniciando la digestión y absorbiendo los nutrientes necesarios para el organismo. La disfagia orofaríngea es un trastorno de las primeras etapas de la deglución, pudiendo verse afectadas tanto la seguridad como la eficacia del consumo de alimentos por vía oral, y llevando a graves complicaciones en la salud como neumonías aspirativas, desnutrición, deshidratación y consecuencias emocionales.

El “Programa de Promoción de Seguridad en la Deglución” corresponde a una propuesta teórico-práctica de abordaje de la disfagia orofaríngea desde la plataforma de Atención Primaria de Salud. Utiliza como principales recursos la capacidad de equipos profesionales para orientar a pacientes o cuidadores y cuidadoras de personas con disfagia, y la capacidad de estos mismos de usar sus propios conocimientos para reducir complicaciones producto de la disfagia orofaríngea.

Este programa busca beneficiar al menos a 100 pacientes con condiciones de salud asociadas a disfagia orofaríngea, residentes de la Comuna de Valparaíso, e inscritos en los Centros de Salud Familiar de la Corporación Municipal. Su objetivo es fortalecer la atención en torno a este problema de salud, disminuyendo la morbimortalidad de complicaciones asociadas. Esto se realizará mediante la entrega de conocimientos técnicos a pacientes, y cuidadores y cuidadoras de personas con disfagia, sensibilizando a los equipos profesionales sobre este problema de salud y mejorando la vinculación de la población a otros programas de atención.

Palabras clave: disfagia, complicaciones, promoción, seguridad, cuidadores.

Abstract

Swallowing is the process by which food passes from the mouth to the stomach, starting the digestion and absorbing the nutrients necessary for the organism. Oropharyngeal dysphagia is a disorder of the early phases of swallowing, where both safety and efficacy of oral food intake can be affected, leading to serious health complications such as aspiration pneumonia, malnutrition, dehydration and emotional consequences.

This “Program to Promote Safety in Swallowing” (Programa de Promoción de Seguridad en la Deglución), corresponds to a practical-theoretical proposal to approach oropharyngeal dysphagia from the Primary Health Care platform. It uses as main resources the capacity of profesional teams to guide patients and caregivers of dysphagic pacientes, and the ability of these to use their own knowledge to reduce complications resulting from oropharyngeal dysphagia.

This program seeks to benefit at least 100 patients with health conditions associated to oropharyngeal dysphagia, residents of the city of Valparaíso, and enrolled in Family Health Centers (Centros de Salud Familiar) of the Municipal Corporation. Its objective is to strengthen the attention around this health problem, reducing the morbimortality of associated complications. This Will be done through the delivery of technical knowledge to patients and caregivers of people with dysphagia, sensitizing the profesional teams on this health issue, and improving the linkage of dwellers to another healthcare programs.

Keywords: dysphagia, complications, promotion, safety, caregivers.

1. INTRODUCCIÓN

Las demandas por tener salud, entendiéndola como un estado de completo bienestar biopsicosocial y no tan sólo la ausencia de enfermedad, deben ser acciones desde la ciudadanía e impulsadas desde la institucionalidad. Sin embargo, muchas personas toman ciertas condiciones de salud como “sanas” o “normales” desconociendo las futuras repercusiones que pueda tener un evento a futuro. Y al mismo tiempo, a los profesionales e instituciones vinculadas a la salud se les hace difícil intervenir más allá de lo asistencial, descartando ciertos problemas como factores de riesgo y no concientizando a la población sobre la importancia de actuar de forma temprana ante algo que pueda convertirse en una potencial complicación.

El siguiente trabajo consiste en un ejercicio reflexivo sobre la necesidad de realizar acciones que busquen concientizar a la población sobre la disfagia y tomar acciones concretas sobre ella utilizando como principal herramienta el recurso humano. Se orienta a incidir sobre la calidad de vida de las personas que padecen dicha complicación relacionada a una cierta cantidad de patologías y condiciones de salud y a reducir los riesgos que pudiese provocar este síntoma, así como educar a cuidadores y personas que sienten no tener herramientas para este problema de salud.

De aquí nace este “Programa de Promoción de Seguridad en la Deglución”, propuesta de intervención a llevarse a cabo en la Comuna de Valparaíso, Chile, utilizando la plataforma de Atención Primaria de Salud, correspondiente a 13 Centros de Salud Familiar administrados por el Departamento de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso.

Este trabajo consta de 3 partes. En primer lugar, se realizará un marco teórico conceptual en el cual se explica de forma acotada tanto el proceso deglutorio normal como la disfagia, sus complicaciones, y cómo se contextualiza este problema de salud en el marco sanitario chileno. En segundo lugar, se presentará la propuesta de intervención mencionando objetivos, actividades, cronograma, forma de evaluación y resultados esperados. Finalmente se presentará conclusiones sobre este ejercicio reflexivo y las posibles proyecciones de esta propuesta de intervención.

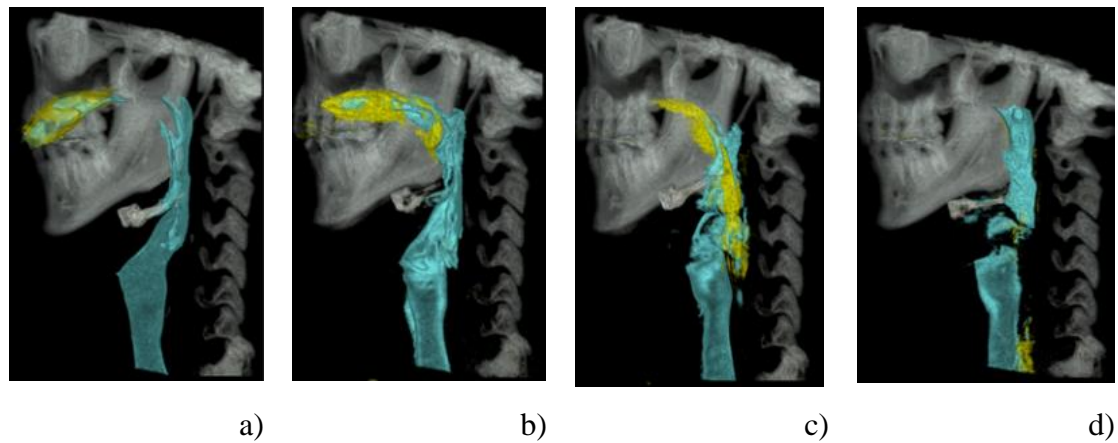
2. DEGLUCIÓN

La alimentación por boca es una de las actividades más importantes y complejas de todos los animales, implicando estructuras óseas, musculares, mucosas, glandulares y del sistema nervioso para poder llevar el alimento de la boca al estómago. La deglución consiste en el tránsito del bolo pasando por la cavidad oral, faringe, laringe y esófago⁽¹⁾.

Este procedimiento ha sido descrito y dividido en 4 partes: manipulación del bolo dentro de la cavidad oral, posicionamiento del bolo sobre la lengua y propulsión del bolo a la nasofaringe, el paso del bolo a la faringe mediante mecanismos reflejos, y el tránsito por el esófago hasta llegar al estómago⁽²⁾. Estas etapas se han enunciado como etapa preparatoria-oral, oral, faríngea y esofágica (Figura 1).

- a) Etapa preparatoria-oral: Se cierran los labios para evitar el escape anterior del alimento, se genera suficiente tensión en la musculatura para evitar que restos del bolo se depositen en los surcos, la mandíbula se mueve lateral y circularmente, la lengua recoge el alimento triturado y molido desde las arcadas dentarias, y se sella posteriormente la cavidad oral. Se conforma un bolo, el que luego pasará a la siguiente fase. La movilidad lingual pasa a ser el elemento más importante ya que facilita la masticación.
- b) Etapa oral: Esta etapa comienza con la propulsión del bolo en dirección posterior, aplastándolo contra el paladar e iniciando el reflejo disparador deglutorio. La duración normal de este proceso es de alrededor 1 segundo, lo cual no debiese variar significativamente con la consistencia del bolo, edad o sexo del individuo.
- c) Etapa faríngea: Comienza con el reflejo disparador deglutorio y se generan cuatro componentes neuromotores que son el cierre del velo del paladar, contracciones peristálticas que empujan el bolo contra la faringe, protección de la vía aérea mediante la elevación y cierre de la laringe y el relajo del músculo cricofaríngeo que permite el descenso del bolo hacia el esófago.
- d) Etapa esofágica: Una vez traspasado el músculo cricofaríngeo, el bolo ingresa al esófago, siendo trasladado por los movimientos peristálticos producto de la constricción muscular del esófago.

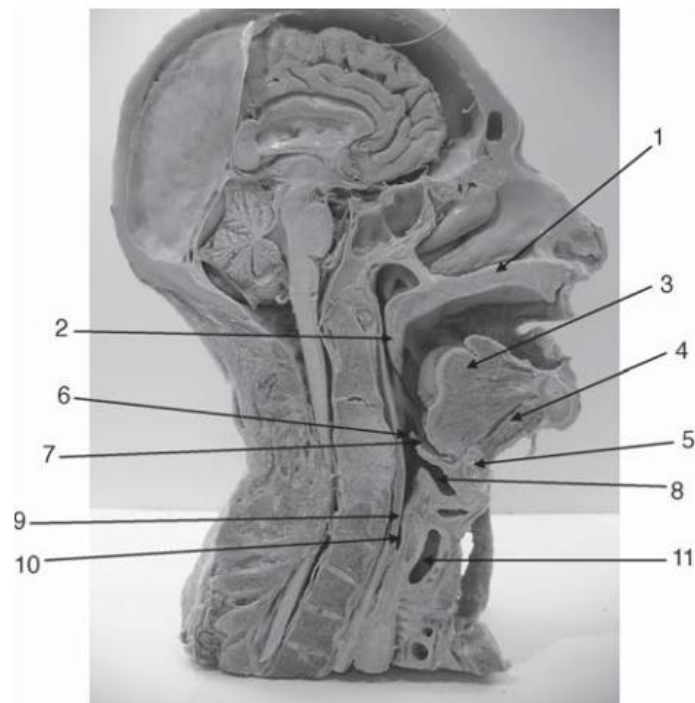
Figura 1: Fases de la deglución



Fuente: Fujii et. Al. "Evaluation of Swallowing Using 320-Detector-Row Multislice CT. Part I: Single- and Multiphase Volume Scanning for Three-dimensional Morphological and Kinematic Analysis" (2011)⁽³⁾

3. CONTROL NEUROMOTOR DE LA DEGLUCIÓN

Figura 2: Corte sagital de estructuras implicadas en el proceso deglutorio



Fuente: Cichero 6 Murdoch, "Dysphagia. Foundation, Theory and Practice" (2006) ⁽⁴⁾

En un corte sagital (Figura 2), es posible observar de forma general las estructuras de la cavidad oral y el cuello involucradas en el proceso deglutorio: paladar duro y blando (1 y 2), lengua (3), músculos suprahioides (4), base de la lengua (5), epiglotis y vallécula (6 y 7), senos piriformes (8), esfínter esofágico y esófago (9 y 10) y vía aérea (11). Como proceso sensoriomotor, involucra 26 pares de músculos, cuatro núcleos motores y receptores periféricos aferentes, lo que busca asegurar el transporte seguro desde la boca al estómago sin comprometer la vía aérea⁽¹⁾.

El inicio de la deglución es un acto voluntario luego de una decisión consciente que involucra la corteza cerebral. En la fase oral se comprometen la corteza sensoriomotora caudolateral, corteza cingulada que se relaciona con el procesamiento cognitivo del acto, giro cingulado, áreas motoras suplementarias de ambos hemisferios, ínsula, giro frontal inferior, áreas de integración sensoriomotoras, cortezas sensoriomotoras primarias y corteza motora primaria⁽¹⁾. La fase faríngea se relaciona, según algunos autores, con la corteza motora primaria, la corteza premotora superior y la ínsula para, finalmente, completar la fase esofágica, muy relacionada con los núcleos del nervio laríngeo y nervio recurrente y una participación crucial del tronco cerebral⁽¹⁾.

4. DISFAGIA

Los trastornos de la deglución, o disfagia, son el resultado de anomalías en la cavidad oral, faringe, laringe o esófago, o por trastornos fisiológicos en los centros que controlan estas estructuras, y que pueden deberse a condiciones congénitas, traumatismos, cirugía o daño neurológico tanto gradual como repentino⁽²⁾, pudiendo presentarse como una sensación de atragantamiento al ingerir la comida o por tos persistente después de tragar el alimento⁽⁵⁾. Esto se debe principalmente a cierre labial incompleto, poca tensión en los músculos masticatorios, reducción de la movilidad mandibular, reducción en el rango y coordinación de los movimientos de la lengua, ausencia o retraso del reflejo disparador deglutorio, fallos en el cierre velofaríngeo, mala movilidad peristáltica faríngea, poca elevación laríngea, poca aducción laríngea o restos del bolo en los senos piriformes luego de tragar⁽²⁾.

La presencia de disfagia orofaríngea tiene una etiología diversa^(2,6-9) y ampliamente descrita. Esta va desde traumatismos craneoencefálicos, cáncer y tumores, enfermedades neurodegenerativas, pulmonares, procesos normales del propio envejecimiento. También se describe en distintos niveles de cuidado hospitalarios y contextos comunitarios diversos⁽⁷⁾ (Tabla 1).

Tabla 1: Distintas causas de Disfagia Orofaríngea

<p>1. Causas mecánicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tumores orofaríngeos ○ Estenosis inflamatoria (faringitis, absceso tonsilar...) ○ Membrana cricofaríngea ○ Divertículo de Zenker ○ Membranas esofágicas cervicales (síndrome de Plummer-Vinson...) ○ Cáusticos ○ Radiación ○ Patología tiroidea (hipertrofia, neoplasia) ○ Compresión vertebral (osteofitos y alteraciones esqueléticas) ○ Masas cervicales ○ Cicatrices postquirúrgicas (traqueostomía...) ○ Cuerpo extraño
<p>2. Enfermedades del SNC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accidentes cerebrovasculares ○ Enfermedad de Parkinson ○ Enfermedad de Alzheimer ○ Traumatismos craneoencefálicos ○ Tumores del tronco cerebral ○ Esclerosis lateral amiotrófica ○ Esclerosis múltiple ○ Parálisis cerebral ○ Poliomielitis bulbar ○ Síndrome postpoliomielitis ○ Corea de Huntington ○ Síndrome de Guillain-Barré ○ Discinesias tardías ○ Disautonomía familiar (síndrome de Riley-Day) ○ Otras enfermedades de la motoneurona, trastornos congénitos o degenerativos cerebrales
<p>3. Enfermedades del SNP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus ○ Alcoholismo crónico ○ Parálisis del n. recurrente laríngeo (neoplasias, postquirúrgica...) ○ Otros (difteria, tétanos, rabia, intoxicación por plomo...)
<p>4. Enfermedades de la placa motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disminución de los receptores de acetilcolina: miastenia gravis

<ul style="list-style-type: none"> ○ Disminución de la liberación de acetilcolina: botulismo, aminoglucósidos a altas dosis, fenitoína, síndrome de Eaton-Lambert, miastenia congénita. ○ Bloqueo de los receptores de acetilcolina: penicilamina, procainamida, propanolol, organosfosforados, curare.
<p>5. Enfermedades del músculo</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Miopatías metabólicas (hipertiroidismo, hipotiroidismo, amiloidosis, sarcoidosis, síndrome de Cushing, enfermedad de Wilson) ○ Fármacos (amiodarona, inhibidores de la HMG-CoA reductasa, esteroides...) ○ Miopatías inflamatorias (polimiositis, dermatomiositis, miositis por cuerpos de inclusión) ○ Distrofias miotónica y oculofaríngea ○ Otros trastornos musculares
<p>6. Disfunción cricofaríngea primaria</p>
<p>7. Xerostomía</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Síndrome de Sjörger primario o secundario ○ Síndrome seco de otra naturaleza (fármacos-anticolinérgicos, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, infección por VIH, radioterapia, linfoma, sarcoidosis, amiloidosis, hemocromatosis)

Fuente: Avilés, Gañán y Martín, “Disfagia Orofaringea en Población Geriátrica” (2010)⁽⁶⁾

5. COMPLICACIONES

La importancia del diagnóstico de disfagia radica en que sus consecuencias pueden ser severas. Van desde la desnutrición, deshidratación hasta tos persistente o neumonía aspirativa⁽⁵⁾, siendo esta última una de los outcomes más graves. Los resultados no son tan sólo médicos, sino que también hay implicaciones psicosociales, como menor socialización, vergüenza, miedo y depresión^(7,10). Se suma a esto un mayor gasto en salud⁽¹¹⁾ debido al manejo clínico, requerimientos de exámenes, aumento de días de hospitalización y tratamiento⁽⁷⁾.

• Neumonía

La neumonía es una infección de las vías respiratorias bajas, que involucra un proceso producido por virus, bacterias, hongos o parásitos, caracterizándose por síntomas como tos, fiebre, escalofríos, dolor torácico y síntomas gastrointestinales como diarrea, vómitos y náuseas⁽¹²⁾. La neumonía es, en general, una condición de salud prevenible que

puede aumentar el gasto en salud entre USD 19,500 y USD 25,000 (CLP\$ 12.834.315-16.454.250 y € 16.942,31-21.720,92) en el sistema privado de salud en EE.UU.⁽¹¹⁾ así como los días de hospitalización y discapacidad con un tiempo de recuperación de entre 3 y 6 meses en poblaciones más frágiles⁽⁷⁾. La incidencia de esta complicación aumenta en los extremos del ciclo vital^(13,14) y algunas estimaciones indican que alrededor 75% de los casos son adquiridos en la comunidad⁽¹²⁾.

La neumonía aspirativa ocurre cuando las secreciones, ya sean de origen gastroesofágico u orofaríngeo, pasan de forma inadvertida a la tráquea y posteriormente a los pulmones⁽¹⁵⁾. Es una de las infecciones más comunes en contextos de cuidados, de transferencia a centros de salud, siendo la Neumonía Adquirida en Comunidad una de las mayores causas de mortalidad de adultos mayores⁽¹⁶⁾. Existen distintos factores de riesgo que hacen que este tipo de infección se presente (Tabla 2) y en Chile la neumonía, sin hacer distinción entre nosocomial y comunitaria, según cifras oficiales del Ministerio de Salud, durante el año 2011 fue la sexta causa de mortalidad entre personas mayores de 65 años⁽¹⁷⁾.

Tabla 2: Factores de riesgo de Neumonía Adquirida en Comunidad

Edad	
Estilos de vida	Alcoholismo, tabaquismo
Enfermedades de base	Enfermedad crónica coronaria, renal, hepática, respiratoria; enfermedades metabólicas; enfermedades del SNC
Enfermedad invasiva neumocócica previa	
Neumonías previas	
Otros	Aspiración, tratamientos médicos
Inmunosupresión	Terapias para enfermedades autoinmunes, cáncer; lista de espera para trasplante con o sin tratamiento inmunosupresor; otras causas
Compromiso inmunitario	Disfunción esplénica; inmunodeficiencias primarias
VIH	

Fuente: Torres, Peetermans, Viegi y Blassi, “Table 1: Risk categories for community-acquired pneumonia included in the review”, visto en (2013)⁽¹⁴⁾

- **Desnutrición y deshidratación**

La desnutrición es el resultado de una alimentación por debajo de los límites óptimos y puede ocurrir como consecuencia de enfermedades agudas o crónicas con un riesgo asociado a deficiencias de micronutrientes⁽¹⁸⁾. La disfagia, al reducir o alterar el consumo de alimentos tanto sólidos como líquidos ya sea por la misma alteración neuromotora o el miedo frente al atragantamiento⁽⁷⁾, puede conducir a una reducción importante del requerimiento nutricional⁽¹⁹⁾. Esta condición de salud se relaciona a un descenso en el estado general del paciente, pérdida de masa muscular, disfunción inmune, largos tiempos de recuperación y hospitalización, readmisiones hospitalarias y aumento de la mortalidad⁽²⁰⁾.

Cabe destacar que entre los factores de riesgo (Tabla 3), además de la disfagia en sí, que tiene como posible outcome la malnutrición, es posible apreciar: fragilidad, polifarmacia excesiva, deterioro funcional, dificultad para subir y bajar escaleras, demencia, deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson, edades extremas, pérdida de fuerza de agarre, poca o mala autovaloración de la salud, pérdida de interés en las actividades diarias, institucionalización, inapetencia y dependencia para consumir el propio alimento⁽²⁰⁾. Muchos de estos factores ya están asociados a la disfagia y la interacción entre ellos, potencian el riesgo de desnutrición. El Sistema Nacional de Salud británico (NHS) también reconoce entre algunos factores de riesgo de desnutrición el mal estado oral, discapacidad física, aislamiento, conocimientos limitados sobre alimentación, alcoholismo o drogodependencia y bajos ingresos⁽²¹⁾.

Tabla 3: Factores de riesgo de malnutrición en pacientes adultos mayores

Factores físicos	Fragilidad en sujetos institucionalizados
	1-2 medicamentos
	Excesiva polimedicación
	Deterioro funcional
	Dificultad para subir y bajar escaleras
	Demencia
	Capacidad cognitiva
	Enfermedad de Parkinson
	Constipación
	Edad
	Pérdida >5% de fuerza de agarre (hombres)

	Autovaloración moderada de salud
	Autovaloración pobre de salud
	Empeoramiento de la autovaloración en salud en relación al año previo
Factores psicológicos	Reporte de desinterés en la vida (sujetos institucionalizados)
	Reporte de desinterés en la vida (sujetos en comunidad)
Factores relacionados a la salud oral	Disfagia oral basal (en prevalencia de malnutrición/riesgo de malnutrición)
	Dificultades en la eficacia de la deglución (en prevalencia de malnutrición/riesgo de malnutrición)
Factores sociales	Institucionalización
Factores relacionados al consumo de comida	Perdida de apetito (en sujetos que viven en la comunidad)
	Poco apetito
	Dependencia para alimentarse

Fuente: Fávaro-Moreira et al. "Table 2: Risk factors for malnutrition in older adults identified in the included longitudinal studies" en "Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data" (2016)⁽²⁰⁾

La deshidratación en adultos mayores, puede asociarse a la fase aguda de un Accidente Cerebro Vascular (ACV) y también a la admisión en servicios de cuidados de larga estadía⁽²²⁾. La evidencia actual sobre los factores de riesgo que llevan a la deshidratación es controversial, escasa y diversa, llegando a describir con cierto nivel de discrepancia, situaciones que podrían causar una deshidratación del paciente en un contexto clínico y/o comunitario, como serían la edad, evacuación excesiva, dificultad al tragar, sed, dismovilidad/caídas/debilidad, infecciones repetitivas o medicación⁽²²⁾, muchos factores que coinciden con la desnutrición. Cabe destacar que este evento, además, puede desencadenar consecutivos ACV, tromboembolismo y un aumento en el riesgo de mortalidad⁽²³⁾. La deshidratación influye, además, directamente en la producción de saliva, la cual cumple el rol de ayudar a mantener la flora bacteriana normal a nivel bucofaríngeo⁽²⁴⁾.

- **Impacto psicosocial**

La ingesta de alimentos es una actividad placentera que involucra, muchas veces, la interacción social⁽⁷⁾. La disfagia es una condición discapacitante no tan sólo desde los aspectos funcionales de la alimentación, sino además desde lo emocional-relacional⁽²⁵⁾. Al mismo tiempo, parece ser que las implicancias del impacto psicosocial de las dificultades en la alimentación no son bien entendidas⁽²⁶⁾.

Los pacientes con disfagia tienden a aislarse más, evadiendo comer con otras personas, en parte porque se sienten avergonzados, porque necesitan asistencia y/o porque pierden interés en la comida debido a las opciones limitadas⁽²⁵⁾. Es importante destacar que, además, las herramientas de evaluación clásicas de disfagia, no reflejan la repercusión en la calidad de vida⁽²⁷⁾.

- **Impacto económico**

Un elemento a considerar dentro de las complicaciones que genera la disfagia más allá del ámbito clínico y los costes psicosociales, es el impacto económico que puede generar en la persona afectada. Los cálculos son difíciles de realizar, la literatura es escasa y discrepante, y los valores son determinados por factores como gravedad del cuadro, días de hospitalización, presencia de pluripatología, terapia, territorio, sistema de salud, entre otras.

A modo de ejemplo, la alimentación terapéutica utilizando líquidos espesados con algún producto que cumpla ciertos requerimientos nutricionales, en EE.UU. puede ascender a USD \$1,116/año⁽²⁸⁾(CLP \$734.517 o € 969,62) o incluso, dentro del mismo contexto, la disfagia puede aumentar los costes hasta en USD \$4,510⁽²⁹⁾(CLP \$2.968.343 Y € 3.918,45)⁽³⁰⁾.

6. EVALUACIÓN

Durante los últimos años, las evaluaciones han ido evolucionando constantemente y se han consolidado equipos multidisciplinarios que muchas veces incluyen especialistas del habla y el lenguaje, otorrinos, radiólogos, gastroenterólogos y nutricionistas⁽⁵⁾.

Existen diversos tipos de evaluación de la disfagia, que van desde la evaluación clínica, evaluación directa con distintas consistencias y auscultación cervical, y evaluaciones instrumentales, como la videofluoroscopia y nasofibroscopia ^(2,4,5). La complementariedad entre evaluaciones observacionales, directas e instrumentales de la deglución, permiten llegar al mejor diagnóstico clínico, identificando estructuras y etapas

afectadas, dando paso a terapias y manejos nutricionales más personalizados. Cichero recomienda que una evaluación de deglución debe tener distintos momentos⁽⁴⁾:

- Anamnesis completa, que incluya revisión de antecedentes médicos, estado nutricional, intervenciones previas e individualización, ya que cada intervención es específica para cada persona.
- Observación inmediata, que incluya el estado de conciencia, qué tan dependiente es, cómo respira, presencia de algún soporte vital.
- Estado cognitivo y capacidad de comunicarse
- Evaluación indirecta de la función deglutoria, que incluya revisión de las estructuras anatómicas, manejo de saliva, evaluación de pares craneanos y capacidad de proteger la vía aérea mediante aclarado de garganta, y tos voluntaria y refleja.
- Evaluación directa de la deglución, mediante el consumo de alimentos de distintas consistencias y en distintos volúmenes.
- Requerimiento de evaluaciones instrumentales.
- Integración de la información.

- **Evaluación directa no instrumental**

Dentro de las evaluaciones directas de la deglución utilizando métodos no instrumentales, las más conocidas son el Water Swallowing Test (WST)⁽³¹⁾ y el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V o V-VST), debido a que son métodos simples, económicos, y con una sensibilidad y especificidad relativamente cercana a las pruebas instrumentales. Estas pruebas se complementan con oximetría de pulso y auscultación cervical, por lo que se requieren profesionales entrenados que puedan detectar cambios mínimos en el proceso deglutorio.

La primera prueba consiste en el consumo variable de distintos volúmenes de agua clara, utilizando un vaso, pasando del menor volumen de líquido al mayor. Sin embargo, la cantidad de líquido que se otorga al paciente varía entre profesionales y contextos⁽³²⁾. Cuenta con la ventaja de la inocuidad del elemento utilizado y se ha probado en diversos estudios su sensibilidad y especificidad (Tabla 4)⁽³¹⁾.

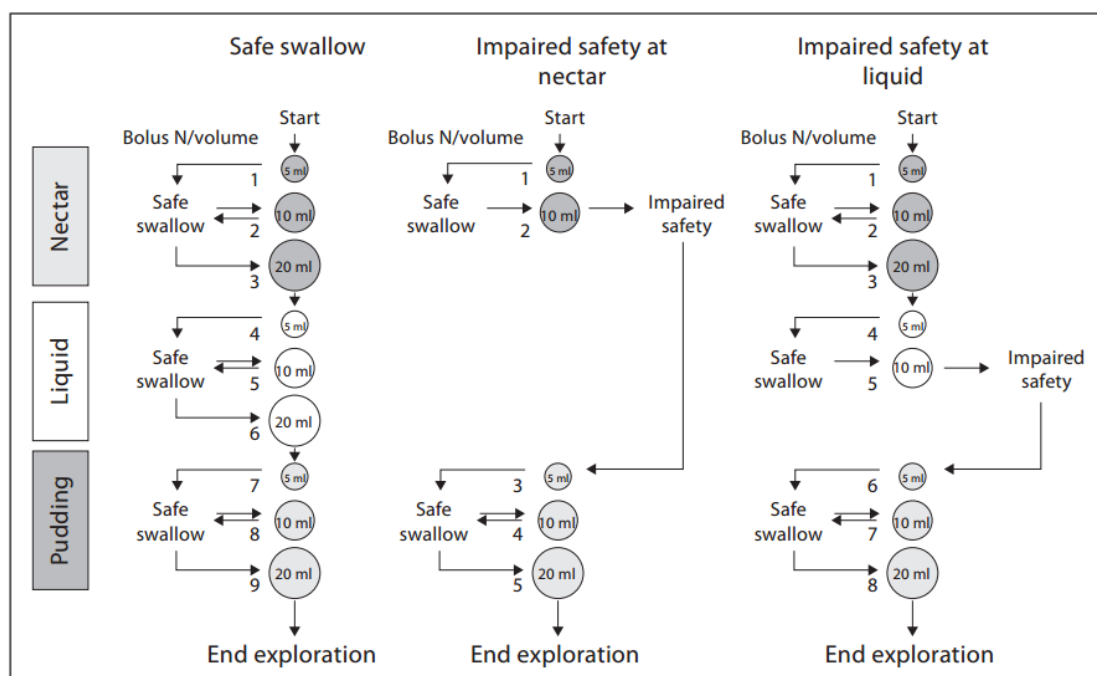
Tabla 4: Sensibilidad y especificidad para aspiración en WST

	N° de aspiraciones	Sensibilidad %	Especificidad %	VPP %	VPN %	Efectividad %
5 ml	17	52.9	90.4	50.0	91.4	84.7
10 ml	23	34.8	93.2	81.1	57.1	81.1
30 ml	35	51.4	78.9	52.9	77.9	70.3
60 ml	70	55.7	85.4	86.7	53.0	72.1

Fuente: Osawa, Maeshima & Tanahashi, “Water-Swallowing Test: Screening for Aspiration in Stroke Patients” (2013)⁽³²⁾

La segunda prueba consiste en un algoritmo diseñado para proteger a los pacientes de la aspiración del alimento comenzando con una consistencia tipo néctar y aumentando el volumen de consumo de 5 a 10ml y posteriormente a 20ml. Si esta es segura, se pasa a una consistencia menos viscosa y con volúmenes incrementales para posteriormente pasar a una consistencia tipo pudding siguiendo la misma regla del volumen (Figura 3)^(33,34).

Figura 3: Algoritmo de Volume-Viscosity Swallowing Test V-VST



Fuente: Rofes, Arreola & Clavé “The Volume-Viscosity Swallowing Test for Clinical Screening of Dysphagia and Aspiration” (2012)⁽³³⁾

Para completar la evaluación, diversos autores sugieren complementar con auscultación cervical^(4,7) y oximetría de pulso^(4,5,7,34,35).

Al mismo tiempo, cabe mencionar que el gold estándar en la evaluación de deglución es la videofluoroscopia, la cual entrega información en tiempo real durante y después de la deglución, y es considerada la mejor forma de evaluar disfagia^(5,36,37). Otro método instrumental ampliamente utilizando es la evaluación fibroscópica, el cual presenta la ventaja de no exponer al sujeto a radiación⁽³⁶⁾, pero sirve para evaluar el proceso deglutorio solamente hasta la epiglotis⁽⁵⁾.

7. TRATAMIENTO

El tratamiento de la disfagia abarca distintas técnicas utilizando distintos recursos. Estas se clasifican en tres tipos: estrategias compensatorias que pasan por el manejo postural y modificación de la consistencia de los alimentos, terapia indirecta que consiste en la realización de ejercicios que mejoren aspectos neuromusculares afectados, y terapia directa consistente en ejecutar instrucciones específicas para completar cada deglución⁽²⁾. La American Speech-Language-Hearing Association, ASHA, da a conocer la existencia de distintos tipos de tratamiento que incluyen: biofeedback en personas con suficiente capacidad cognitiva para interpretar información audiovisual sobre cómo deglute, modificaciones de dieta para mejorar la seguridad en la ingesta oral que incluyan sabor y temperatura además de la consistencia, electroestimulación muscular a nivel orofacial, uso de equipos o utensilios que puedan facilitar el tránsito del bolo, maniobras específicas para deglutir, ejercicios de motricidad oro-facial que incluyan en lo posible estimulación sensorial, modificación del tamaño del bolo, técnicas posturales, prótesis, estimulación sensorial aislada y manejo de medicamentos⁽³⁸⁾.

La importancia de lograr una correcta alimentación por boca radica en la disminución de riesgos de neumonías, en disminuir el riesgo de desnutrición y deshidratación, aumentar la funcionalidad, y en la importancia de la nutrición como actividad cotidiana en cuanto a su rol social y la maximización de la autonomía⁽⁶⁾. En este sentido, toda intervención de disfagia debe incluir consideraciones sobre otras

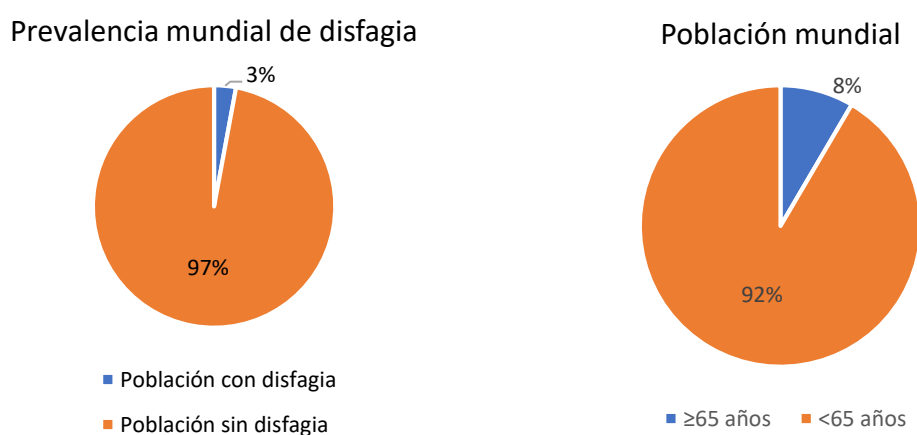
indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y elementos contextuales⁽³⁸⁾, que permitan maximizar todos los beneficios.

8. DISFAGIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Al no ser una enfermedad, sino un síntoma de otras condiciones de salud⁽¹³⁾, parece ser que la disfagia no ha adquirido mayor relevancia hasta hace algunas pocas décadas. Los datos que existen sobre incidencia y prevalencia son diversos, variando según la población y la condición de base. Una revisión de la Clínica Mayo estima que este problema afecta alrededor del 3% de la población mundial y que 1 de cada 17 personas presentará signos y síntomas a lo largo de su vida y que la frecuencia aumenta con la edad, afectando a cerca del 10% de la población mayor de 65 años⁽³⁹⁾.

Según registra el Banco Mundial, la proporción de personas de 65 años y más corresponde alrededor del 8,45% de la población mundial al año 2015 ⁽⁴⁰⁾. Considerando que la población mundial se estima en alrededor de 7.442 millones ⁽⁴¹⁾, podríamos indicar que la población ≥ 65 años es 628,8 millones de adultos mayores. Al mismo tiempo 223,2 millones de la población total podría sospecharse que presenta disfagia (Figura 4).

Figura 4: Estimaciones sobre la prevalencia de disfagia



Fuente: elaboración propia, en base a antecedentes del World Bank(2017)^(40,41) y Jansson-Knodell, Codipilly y Leggett “Making Dysphagia Easier to Swallow” (2017)⁽³⁹⁾

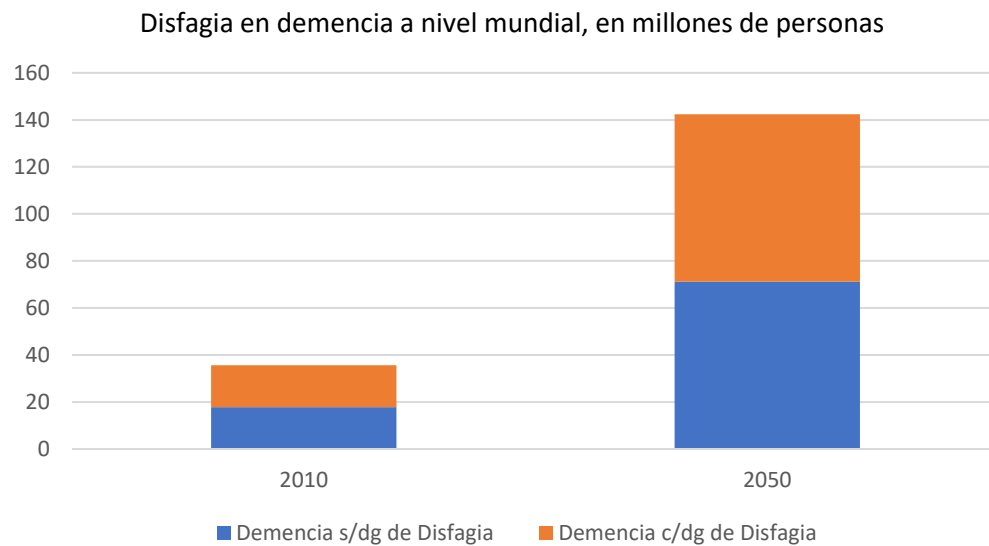
La población adulta mayor, aquellos con 65 años o más, está especialmente expuesta a este problema ya que el proceso de deglutir requiere una serie de mecanismos voluntarios e involuntarios que al envejecer se van haciendo más frágiles y declinan con gran variabilidad entre personas, afectando, en cierto puto, la alimentación por vía oral⁽⁵⁾. Pérdida de masa muscular, menor elasticidad tisular, cambios a nivel cervical, menor salivación y sensibilidad, y cambios en la dentición aumentan la susceptibilidad ante este problema^(19,42). Cifras conservadoras estiman que, esta condición que aumenta su prevalencia con la edad, asciende a un 15% de la población adulta mayor⁽¹⁹⁾, pudiendo incluso sobrepasar el 90% en personas de más de 90 años⁽¹³⁾. La población mundial está envejeciendo, sobre todo en países desarrollados y en vías del desarrollo, y con ello aumentan patologías subyacentes asociadas a la disfagia⁽⁴³⁾, por lo cual las intervenciones se hacen cada vez más necesarias.

La disfagia orofaríngea en pacientes que han sufrido ACV también es una condición seria. Su prevalencia e incidencia depende de factores como el momento en que se detecta (etapa aguda o post ACV), qué tipo de evaluación se utiliza (clínica, instrumental), tipo de evento (isquémico, hemorrágico), intervención en deglución, tipo de alimentación, compromiso de conciencia, entre otros. La literatura sobre la recuperación posterior a la etapa aguda del ACV es controversial, puesto que mientras algunos autores declaran que existe una recuperación funcional sustancial⁽⁴⁴⁾, otros informan que existen déficits importantes en el periodo post-rehabilitación⁽⁴⁵⁾. La frecuencia de la disfagia después de un evento cerebrovascular es sumamente variable. Algunos autores la cifran entre 14-94% de los casos⁽⁴⁶⁾ o en 29-81% de los casos⁽⁴⁷⁾.

Según una revisión sistemática realizada en 2013, la disfagia en distintos tipos de demencia tiene una prevalencia que varía de 13 a 57% con un promedio de 50% en todos los diferentes grados de demencia, ascendiendo a 53% de pacientes que se encuentran institucionalizados, de los cuales 68% son aspiradores silentes⁽⁴⁸⁾. Esto es especialmente preocupante puesto que la población mayor de 60 años se estima en alrededor de 900 millones de personas, cerca del 12% de la población mundial, viviendo el 70% en países de ingresos bajos y medios⁽⁴⁹⁾. Se calculó que el 2010, a nivel mundial, la prevalencia de demencias era de 35.6 millones, esperando que las cifras se doblen cada 20 años, por lo que al 2050, las demencias tendrán una prevalencia de más de 140 millones⁽⁵⁰⁾. Utilizando estas cifras de referencia, uno podría inferir que para el 2050 los casos personas con

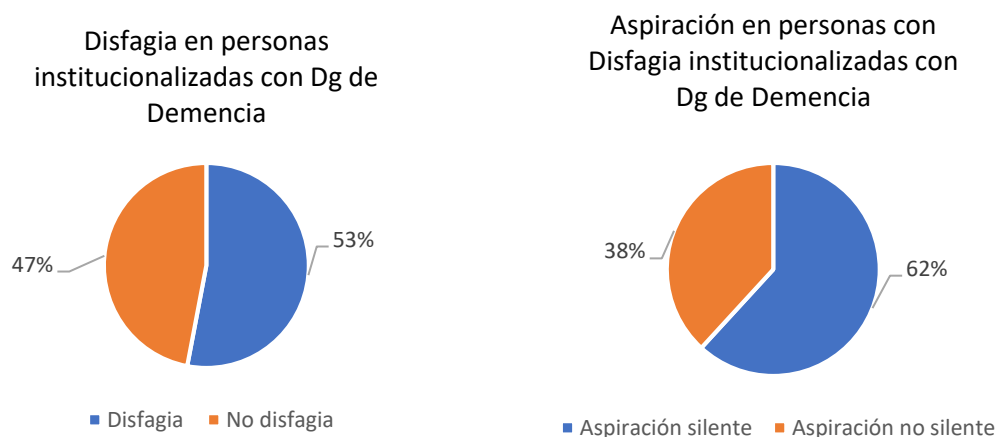
disfagia serán más del doble de los casos de personas con demencia en la actualidad (Figuras 5 y 6).

Figura 5: Prevalencia de disfagia en demencia



Fuente: Elaboración propia, en función de datos de OMS y Alzheimer's Disease International, "Dementia: A public health priority" (2013)⁽⁵⁰⁾; y Alagiakrishnan, Bhanji y Kurian, "Evaluation and treatment of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review", Archives of Gerontology and Geriatrics (2013)⁽⁴⁸⁾

Figura 6: Disfagia en pacientes con demencia institucionalizados



Fuente: Alagiakrishnan, Bhanji y Kurian, "Evaluation and treatment of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review", Archives of Gerontology and Geriatrics (2013)⁽⁴⁸⁾

La disfagia en cáncer de cabeza y cuello es un tema de gran complejidad debido a que la presencia/ausencia de los trastornos de la deglución dependen principalmente del sitio y estadio del tumor, la extensión de la intervención quirúrgica y la naturaleza de la reconstrucción de los tejidos afectados por el cáncer^(7,51). Existe documentación sobre las distintas etapas de la deglución alteradas por cáncer en lengua, laringe y otras estructuras anatómicas relacionadas directamente con la deglución e incluso en radio y quimioterapia post-operativa⁽⁵¹⁾.

Si bien existen pocos datos numéricos sobre la real incidencia de disfagia en el cáncer de cabeza y cuello, al menos figuran los profesionales de rehabilitación como integrantes necesarios de los equipos de oncología para estos tipos de cáncer en aquellos casos detectados o donde la deglución se ha visto más afectada, como en la glosectomía. Los conocimientos que pueden otorgar, así como actividades de pretratamiento y consejo al paciente oncológico y su familia⁽⁵¹⁾, prácticas que pueden ayudar a prevenir problemas de seguridad en la deglución a futuro.

9. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La planificación sanitaria se vuelve un desafío para los países en vías de desarrollo. En Chile los planes de acción en salud tienen enfoque de derechos y protección social, de curso de vida y de equidad, entendiendo que todos tienen tanto derecho a la salud como al ejercicio de estos derechos con autonomía y autodeterminación, generando además condiciones de seguridad en salud durante toda su vida⁽⁵²⁾. Es necesario, además, diseñar programas que sigan ciertas directrices de la OMS en cuanto a distintos problemas de salud, obedeciendo a los recursos disponibles en los territorios.

Se puede mencionar, en este aspecto, que el presente “PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN” persigue distintos fines en la población de referencia. Para personas con discapacidad se plantea como un programa que busca mejorar el acceso a servicios, reforzar y ampliar servicios de rehabilitación y habilitación con enfoque comunitario, y mejorar estadísticas sobre discapacidad y servicios conexos⁽⁵³⁾. Para los adultos mayores, debido a la enorme variedad de los estados de salud y funcionales, países como Chile deben prepararse para el cambio de perfil epidemiológico, respondiendo de mejor forma a condiciones crónicas y sus complicaciones, así como a los cuidados a largo plazo y la oportunidad de diagnósticos tempranos y pesquisa de complicaciones⁽⁵⁴⁾. Finalmente, y más allá de la población objetivo, se busca aportar en aspectos claves de las intervenciones con base comunitaria como son la promoción de salud, prevención de complicaciones, atención médica oportuna y rehabilitación⁽⁵⁵⁾, utilizando los saberes y orientando a las personas que vean afectado su tránsito alimentario, además de orientar a los cuidadores

Chile es un país que desde hace unas décadas se ha acercado a un perfil de países desarrollados, lo que ha implicado intervenciones gubernamentales en sus metas sanitarias que se contextualicen respecto al cambio demográfico y las nuevas caracterizaciones socioeconómicas. Entre los objetivos sanitarios 2011-2020 del Ministerio de Salud de Chile⁽⁵²⁾, este programa busca situarse de forma transversal en los 4 generales:

- **Mejorar la salud de la población:** capacitando tanto a personas con disfagia como a sus cuidadores sobre técnicas para lograr una alimentación segura y eficaz.

- **Disminuir desigualdades en salud:** orientado a reducir la brecha de acceso a servicios de rehabilitación en torno a un tema tan vital como la alimentación por boca para personas con discapacidad, adultos mayores y cuidadores con poca formación técnica sobre el tema en cuestión.
- **Aumentar la satisfacción sanitaria frente a los servicios de salud:** involucrando a los profesionales y a la comunidad para obtener los mejores resultados posibles relacionados a este tema.
- **Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias:** promoviendo el trabajo en equipo y supervisando que los resultados se adecuen a las distintas metas planteadas.

Además, este programa busca aportar en los siguientes objetivos específicos⁽⁵²⁾:

- **Reducir la carga sanitaria y contribuir a disminuir su impacto económico y social:** mediante la promoción de manejos correctos del paciente disfágico en cuanto a una deglución segura y eficaz, lo que puede ayudar a reducir el riesgo de hospitalizaciones por neumonía adquirida en comunidad, desnutrición y deshidratación, así como también reducir el gasto público y privado en salud por dichas complicaciones, y considerando además las implicancias socioafectivas de las dificultades en la alimentación por boca, tanto para pacientes como para cuidadores.
- **Reducir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas por afecciones crónicas no transmisibles y a lo largo de su ciclo vital:** la disfagia está asociada a importantes complicaciones (neumonía y desnutrición/deshidratación), así como a una cantidad importante de enfermedades (enfermedad cerebrovascular, demencias, enfermedades neurodegenerativas, traumatismos craneoencefálicos, etc.) que pueden mermar la calidad de vida de las personas durante años, e incluso al envejecimiento.
- **Fortalecer la institucionalidad del sector salud potenciando la investigación, mejorando la gestión y en participación ciudadana:** tratando de visibilizar los Centros de Salud Familiar (CESFAM) donde se ejecute el programa no tan sólo como espacios de actividad sanitaria asistencial, sino como una oportunidad para aprender a desarrollar las mejores prácticas en el autocuidado y el cuidado a otras personas que

puedan presentar signos y síntomas de disfagia. Además, podrá aportar a mejorar los registros del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) en cuanto a deglución (R13 en CIE-10 n=241 en personas desde 20 años, 69% adultos mayores a nivel nacional ⁽⁵⁶⁾), problema que aparenta subdiagnóstico considerando que muchas condiciones de salud se asocian a padecer disfagia). Así mismo se busca evaluar el efecto de esta política local y su gestión observando los indicadores planteados más adelante.

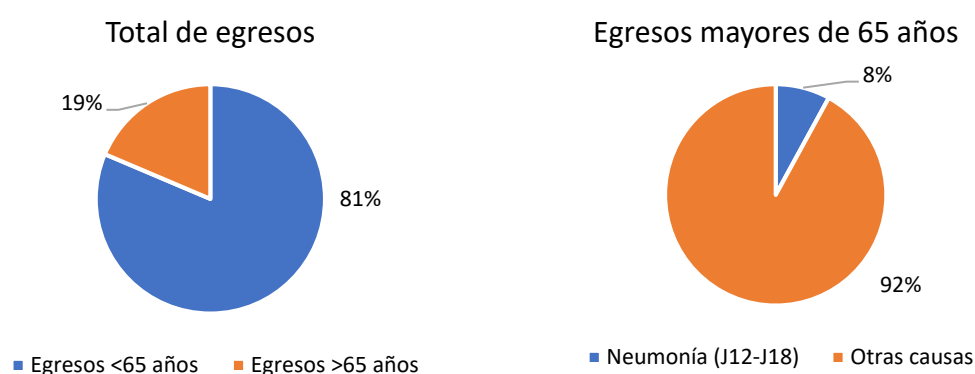
- **Mejorar la calidad de la atención sanitaria:** relacionando la calidad de la atención con los principios bioéticos enfocados a las prácticas basadas en evidencia, máxima reducción de daños, respeto de la dignidad y uso eficiente de recursos, mediante la educación a pacientes para la toma de decisiones informada, y la espera de una disminución en los costos de atención entendiendo que el resultado esperado sea la reducción en la morbilidad⁽⁵⁷⁾.

Según la American Speech-Language Hearing Association, los terapeutas de comunicación y lenguaje (logopedas/fonoaudiólogos) son los primeros profesionales relacionados con la evaluación y terapia de individuos con trastornos deglutorios⁽⁵⁸⁾. Su trabajo incluye: evaluación clínica e instrumental, identificación de signos y síntomas en el tracto aerodigestivo, tomar decisiones de manejo y de desarrollo de planes de intervención, entregar tratamiento y educación a pacientes y familiares, asesorar a otros profesionales en temas de deglución y alimentación, integrar equipos de salud adecuados, promover la atención a individuos con problemas de deglución y alimentación, y desarrollar conocimiento mediante la investigación. Esta posición se ha mantenido hasta el día de hoy.

Actualmente, el Ministerio de Salud en Chile entrega directrices de atención en salud mediante Guías de Práctica Clínica en 81 condiciones distintas de salud, las cuales se abordan desde los cuatro niveles de atención, en las cuales el fonoaudiólogo/logopeda figura solamente en un número acotado de ellas. Estas son aquellas que corresponden a ACV, fisura labio-palatina, audífonos, tratamiento no farmacológico de la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple

Para el caso de la Guía Clínica AUGE “Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos de 65 años y más” para el manejo ambulatorio, el manejo preventivo de las NAC se centra en la vacuna contra el virus de la influenza y contra *Streptococcus Pneumoniae*⁽⁵⁹⁾. Si bien no se descarta la posibilidad de abrir espacios socioeducativos y otorgando herramientas a la comunidad para prevenir estos cuadros, tampoco se sugiere que se haga pese a que existe evidencia de disfagia como factor independiente de NAC (OR: 11.9, 95% IC: 3.03-46.9)⁽⁶⁰⁾.

Figura 7: Egresos Hospitalarios Chile, 2008



Fuente: Ministerio de Salud “Guía Clínica AUGE: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos Mayores de 65 años”, Chile (2011)⁽⁵⁹⁾

En el caso de la Guía Clínica “Esclerosis Múltiple”, enfermedad sobre la cual no existen más antecedentes epidemiológicos que estimaciones de entre 12 a 14 casos por 100.000 habitantes⁽⁶¹⁾ y 1.577 egresos hospitalarios al año 2014⁽⁵⁶⁾, sólo se menciona al fonoaudiólogo/logopeda como miembro del equipo tratante con enfoque multidisciplinario con un grado de recomendación C⁽⁶²⁾, sin dar mayores directrices, pese a que se estima que la disfagia se presenta entre 33-45% de los casos⁽⁶³⁾.

Respecto al manejo no farmacológico de la Enfermedad de Parkinson, la Guía Clínica AUGE del Ministerio de Salud, reconoce que los aportes de fonoaudiólogos/logopedas se orientan al manejo del trastorno comunicacional y a los trastornos deglutorios⁽⁶⁴⁾. Se recomienda el abordaje precoz y su participación multidisciplinaria para detectar casos de disfagia en etapas tempranas y evitar complicaciones en etapas avanzadas, sin entregar más directrices al respecto. Pese a la

ausencia de datos de prevalencia de esta enfermedad en Chile, se estima que afectaría a entre el 1 y 2% de la población mayor de 65 años⁽⁶⁵⁾, mientras que la disfagia distintos estudios la cifran entre un 40 hasta 95% de los casos de enfermedad de Parkinson⁽⁶⁶⁾. En Chile sólo se tienen registros oficiales de 298 egresos hospitalarios al año 2014⁽⁵⁶⁾ y 3.685 personas que utilizan el régimen público de atención, de los cuales sólo el 68% ha accedido en algún momento a rehabilitación en la red de APS⁽⁶⁴⁾, sin detallar el carácter de estas instancias de rehabilitación.

En cuanto a los procedimientos en ACV Isquémico en personas mayores de 15 años, esta sugiere el estudio de la función deglutoria en la fase post-aguda, dentro de las primeras 24-48 horas ocurrido el evento⁽³⁷⁾. También sugiere la rehabilitación hasta el alta hospitalaria y la rehabilitación ambulatoria, sin dar mayores directrices de ello. Las enfermedades cerebrovasculares correspondieron a la 2da mayor causa de muerte en Chile después de las enfermedades isquémicas del corazón, con 8.736 muertes en el año 2011 de las cuales 923 se produjeron en la región de Valparaíso⁽⁶⁷⁾. Según la última Encuesta Nacional de Salud, 2.2% de la población reporta que tuvo un evento de ACV⁽⁶⁸⁾. Según las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas (población=17.865.185)⁽⁶⁹⁾, significaría que cerca de 393 mil personas han sufrido un evento cerebrovascular.

No se integra al profesional fonoaudiólogo/logopeda dentro de la Guía Clínica de Salud Oral Integral para Adultos Mayores de 60 años, pese a que se menciona la disfagia como una complicación⁽⁷⁰⁾. Algunos estudios han encontrado que una mala salud oral se puede considerar un factor de riesgo de neumonía aspirativa debido a que se reduce el biofilm de bacterias que protegen contra patógenos respiratorios⁽⁷¹⁾. Menos del 1% de la población adulta mayor en Chile tiene todas sus piezas dentales y sólo el 21% recibió alta odontológica el año 2009 dentro de esta garantía en salud.

Al utilizar una tasa ajustada a la población mundial y considerando que las últimas proyecciones de población mayor de 60 años en Chile, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas, es de alrededor 2.638.331 personas (14.7% de la población total), se puede inferir que cerca de 167.894 mayores de 65 años pueden presentar signos y síntomas de disfagia⁽³⁹⁾.

En Chile, 12.7% de las personas declaran que los problemas físicos o emocionales, afectan sus actividades sociales siempre o casi siempre⁽⁶⁸⁾. Considerando las implicancias

psicoemocionales que tienen los trastornos deglutorios^(7,25,26), podremos inferir que dentro de este grupo se encontrarán aquellas personas conscientes del trastorno, pero no existen registros de indagaciones más profundas al respecto. Por ello se hace importante evaluar cómo es la alimentación por boca para dar las orientaciones necesarias que impacten lo menos posible en el rol social de la alimentación.

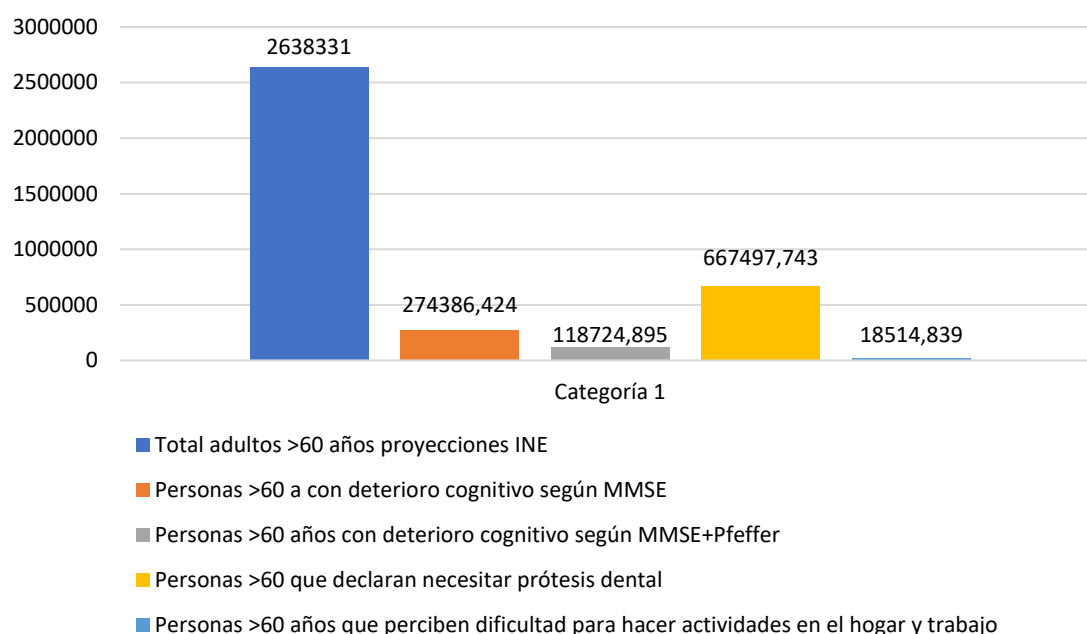
Vale la pena también mencionar que el TEC corresponde al 6,7% de los accidentes reportados por la población chilena⁽⁷²⁾ y esta se enfoca a los cuidados iniciales y dentro de las unidades hospitalarias. Si bien la alimentación enteral figura con Nivel de Evidencia B y no existen datos de n° de pacientes con alimentación enteral en un evento de este tipo, existen antecedentes de disfagia post-extubación en al menos 20% de los pacientes alimentados por tubo nasogástrico⁽⁷³⁾. También se recomienda la instalación de una vía aérea artificial en caso de ser necesario y si bien, la incidencia de incompetencia laríngea y faríngea en estos casos no está del todo clara, algunos estudios estiman que la disfagia se presenta en al menos 40% de los casos⁽⁷⁴⁾.

Respecto a las demencias, en el año 2015 se publica en Chile el “Documento Nacional para la elaboración del Plan Nacional para las demencias”, el cual establece como componentes centrales la prevención, tratamiento farmacológico y no farmacológico, coordinación entre programas de atención y cuidados, seguimiento y actualización, socioeducación comunitaria, capacitación, promoción de investigación e innovación, y contextualización⁽⁷⁵⁾. Sin embargo, la participación del profesional fonoaudiólogo/logopeda sólo se circunscribe en el ámbito de la estimulación cognitiva en un nivel secundario y unidades de hospitalización de corta estadía y servicios de neurología, donde probablemente se haga alguna intervención en disfagia, sin entrar en más detalles. Si bien, no existen datos oficiales aún, en Chile se estima que el 1.06% de la población presenta algún grado de demencia.

Según la última Encuesta Nacional de Salud aplicada a la población chilena, 2.2% del total reporta antecedentes de diagnóstico de accidente cerebrovascular, 4.5% de la población de 60 años y más presenta deterioro cognitivo según escalas de MMSE y Pfeffer (10.4% sólo aplicando MMSE), 25.3% percibe la necesidad de prótesis dental y 6.9% percibe mucha o demasiada dificultad para realizar tareas de trabajo y del hogar⁽⁶⁸⁾. En ningún momento, dentro de toda la encuesta, se deja constancia alguna sobre la

disfagia como un problema de salud, ya sea como un factor de riesgo o una complicación para la demencia, problemas bucodentales o secuelas de enfermedad cerebrovascular.

Figura 8: Problemas de salud en personas mayores de 60 años en Chile



Fuente: Elaboración propia, en base a: Ministerio de Salud “Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010” (2012)⁽⁶⁸⁾ e Instituto Nacional de Estadísticas “Adulto Mayor en Chile” (2007)⁽⁶⁹⁾

La intervención “PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN” busca integrar al profesional fonoaudiólogo/logopeda en los equipos de trabajo de Atención Primaria de Salud, llenando estos y otros vacíos en relación a la atención de individuos donde la disfagia es una complicación y al mismo tiempo un factor de riesgo. De igual forma se busca que este programa sea una oportunidad en cuánto a vincular más fuertemente a la población a distintos programas de atención, ya sean programas del Ministerio de Salud u otros programas intersectoriales a nivel Municipal, de otra institucionalidad pública (Servicio Nacional de Discapacidad, Servicio Nacional del Adulto Mayor, etc.) o incluso a nivel privado (programas de atención, por ejemplo, en universidades sean tradicionales públicas, tradicionales privadas o privadas).

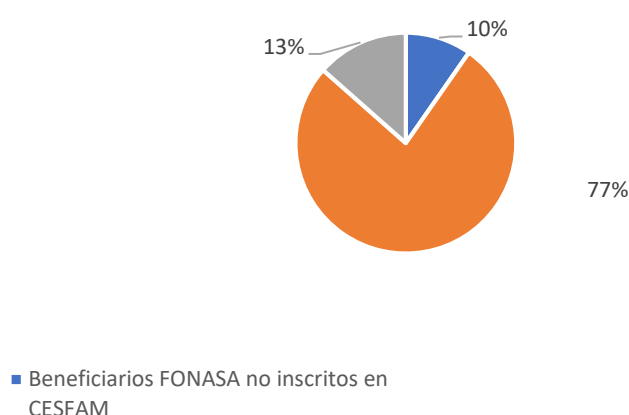
Pese a haber realizado grandes esfuerzos para la conformación de equipos profesionales interdisciplinarios para la intervención comunitaria, en el marco sanitario chileno no se considera la disfagia como un problema de salud, desestimando la

participación del profesional fonoaudiólogo/logopeda⁽⁷⁶⁾. Así mismo no se considera la intervención tanto indirecta como directa en disfagia como una medida de prevención de la neumonía adquirida en la comunidad⁽⁵⁹⁾ ni de la desnutrición/deshidratación, acotando su relevancia a guías de práctica clínica en fases agudas de ACV⁽³⁷⁾ o sólo mencionando la necesidad de considerar esta complicación en programas de rehabilitación⁽⁶⁴⁾.

Si bien existe para el protocolo referido a la Norma General Técnica N°171 sobre Auditorías de Defunciones por Neumonía en Domicilio la identificación de los “Trastornos de Deglución” como un factor de riesgo para la muerte por neumonía (por aspiración) en pacientes geriátricos⁽⁷⁷⁾, este no se extiende a otras poblaciones y sólo se establece a priori como un factor de riesgo sin mayor indagación del problema. Al mismo tiempo, la codificación tanto de mortalidad como de egresos hospitalarios por neumonía según la codificación CIE-10, no hace distinción entre las causas de neumonía (nosocomial, adquirida en comunidad) y codificando disfagia como un egreso hospitalario aparte^(56,67). Al mismo tiempo, pese a que ciertas guías clínicas recalcan la importancia de la intervención en trastornos deglutorios^(64,37), no se sugiere el registro de estos datos en cuanto a número de personas intervenidas ni en outcomes, además de carecer de estandarizaciones evaluativas y terapéuticas. Desde esta perspectiva, no se cubre totalmente el Objetivo Estratégico de “Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico”⁽⁵²⁾, además del Artículo 19 N°9 de la Constitución Política de Chile que establece la protección de la salud como un derecho.

Al año 2012, la región de Valparaíso cuenta con 225.879 usuarios inscritos en algún Centro de Salud Familiar administrado por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, de un total de 254.360 usuarios de FONASA registrados como beneficiarios. Estos se encuentran distribuidos en los 13 Centros de Salud Familiar a lo largo del territorio municipal (Figuras 9 y 10)⁽⁷⁸⁾.

Figura 9: Población inscrita y no inscrita en FONASA, Comuna de Valparaíso



Fuente: Elaboración propia, en base a INE, “Comunas: Población estimada al 30 de junio por sexo y edad simple 2002-2020. Base de datos”, DEIS “Población inscrita en establecimientos de Atención Primaria de Salud 2012” y “Población beneficiaria de FONASA 2011”⁽⁷⁸⁾.

Tabla 5: Distribución de individuos inscritos en los distintos CESFAM de la Comuna de Valparaíso, año 2013

CESFAM	Población del establecimiento
Barón	23.479
Cordillera	9.584
Esperanza	10.921
Laguna Verde	1.883
Las Cañas	9.212
Marcelo Mena	24.997
Padre Damián de Molokai	10.587
Los Placeres	20.486
Placilla	16.458
Puertas Negras	12.896
Quebrada Verde	40.564
Reina Isabel II	28.947
Rodelillo	15.865

Fuente: DEIS, FONASA, “Distribución de Población 2013 por Establecimiento y Tipo de Dependencia” (2013)⁽⁷⁸⁾

El Plan de Salud Comunal 2015-2017 de la Municipalidad de Valparaíso, ha detectado distintos problemas de salud provenientes desde la misma ciudadanía mediante

la metodología de diagnósticos participativos. La propuesta de intervención “PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN” busca enmarcarse dentro de los siguientes⁽⁷⁹⁾:

- Falta de horas médicas de morbilidad
- Comunidad insatisfecha en oportunidad, acceso y resolución de salud
- Falta de participación comunitaria
- Desinformación del Modelo de Salud Familiar
- Déficit en Salud Dental
- Aumento de las enfermedades respiratorias
- Adultos mayores en abandono
- Existencia de pacientes dependientes severos
- Mala información de prestaciones de los Centros de Salud
- Riesgo de deterioro de la salud del Cuidador del postrado

10. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La siguiente propuesta pretende ser una respuesta de intervención al problema descrito con anterioridad, utilizando los servicios de APS como plataforma y utilizando como principal recurso, tanto al profesional de APS así como las capacidades de las personas en la comunidad para poder realizar acciones que afecten positivamente su salud.

La población objetivo será aquella que resida en la Comuna de Valparaíso que cumpla con los criterios de inclusión descritos en el apartado “Criterios de Inclusión”. Esto puesto que Valparaíso corresponde al tercer centro urbano más grande del territorio chileno y puesto que es una población conocida en el marco del diseño del programa.

Se detallan tanto los recursos humanos como materiales para la ejecución del programa, siendo el primero el más importante. Se adjuntan los costes de cada ítem con su valoración mensual y total bruta en moneda chilena(CLP), como su conversión a euros(€) para lograr mayor entendimiento sobre la inversión. Se ha hecho el cambio al promedio del valor del peso chileno en relación a otras divisas, para el mes de julio de 2017.

Se plantean una serie de indicadores cuantitativos para evaluar los outcomes de la intervención. Estos dicen relación con la participación de los individuos tanto en actividades grupales como individuales, participación por CESFAM y global, condición de base por la cual ingresa al programa, institucionalización, pacientes a cargo de cuidadores, diagnóstico y concordancia, hospitalizaciones y utilidad de la intervención. Al mismo tiempo, se recogerán experiencias y saberes como evaluación cualitativa, se cuantificarán conceptos más mencionados, cómo los define la propia comunidad y cómo valoran sus aprendizajes y de qué forma.

10.1. Objetivos

10.1.1. Objetivo general

“Mejorar la calidad de vida y de la atención sanitaria en usuarios con trastornos de la seguridad y eficacia de la deglución, disminuyendo la morbilidad y mortalidad en poblaciones de riesgo y pacientes neurológicos.”

10.1.2. Objetivos específicos

- Disminuir tasas de morbilidad y mortalidad de infecciones agudas debido a alteraciones en la deglución en poblaciones de riesgo, utilizando como plataforma el sistema de APS de la red asistencial.
- Capacitar a individuos con disfagia, cuidadores, familiares y equipos de salud de APS en los cuidados necesarios para el paciente con disfagia.
- Entregar asistencia sanitaria en torno a los trastornos deglutorios diagnosticados como disfagia orofaríngea, a los miembros de la comunidad que lo necesiten.

10.2. Desarrollo y ejecución

10.2.1. Participantes

10.2.1.1. Criterios de inclusión para la población objetivo:

- Personas residentes de la comuna de Valparaíso debidamente inscritas en uno de los 13 CESFAM de la comuna de Valparaíso
- Ficha de consentimiento informado para la participación en el programa piloto
- Al menos 1 de los siguientes:
 - Adultos mayores que refieran alguna dificultad al tragar durante la aplicación del Examen Funcional del Adulto Mayor
 - Adultos mayores que hayan cursado al menos 1 episodio de Neumonía Adquirida en Comunidad durante los últimos 6 meses

- Personas >18 años dadas de alta por único evento de ACV en un periodo menor a 6 m
- Personas >18 años dadas de alta por un único evento de ACV en un periodo superior a 6 m que hayan cursado al menos 1 episodio de NAC después de los 6 primeros meses de alta
- Personas >18 años con antecedentes de eventos cerebrovasculares >1 y que hayan cursado al menos 1 episodio de NAC después del último ACV
- Personas con diagnóstico de enfermedad de origen neurológico relacionado con disfagia orofaríngea
- Personas con antecedentes de TEC con evidentes secuelas neurológicas
- Personas con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello
- Personas con diagnóstico o sospecha de demencia
- Pacientes oncológicos que reciban quimioterapia o radioterapia actualmente por cáncer de cabeza y cuello, o figuren en lista de espera para tratamiento quirúrgico por cáncer de cabeza y cuello.
- Personas institucionalizadas por alguna patología de base o condición de salud que requiera cuidados especiales
- Familiares o cuidadores, de una única persona o pertenecientes a una institución de larga estadía, de personas con dependencia leve, moderada o severa

10.2.1.2. Criterios de exclusión

Complementarios a los criterios de inclusión.

10.2.1.3. Ingreso de los participantes

Para el ingreso de participantes al programa, se requerirá de la expertiz del equipo profesional de los CESFAM para detectar casos y por ello la importancia en su capacitación. Será de vital importancia la comunicación con otros programas de la cartera de los CESFAM que pudiesen detectar a distintos candidatos. Los programas con los cuales se tendrá mayor cuidado al momento de capacitar serán⁽⁷⁹⁾:

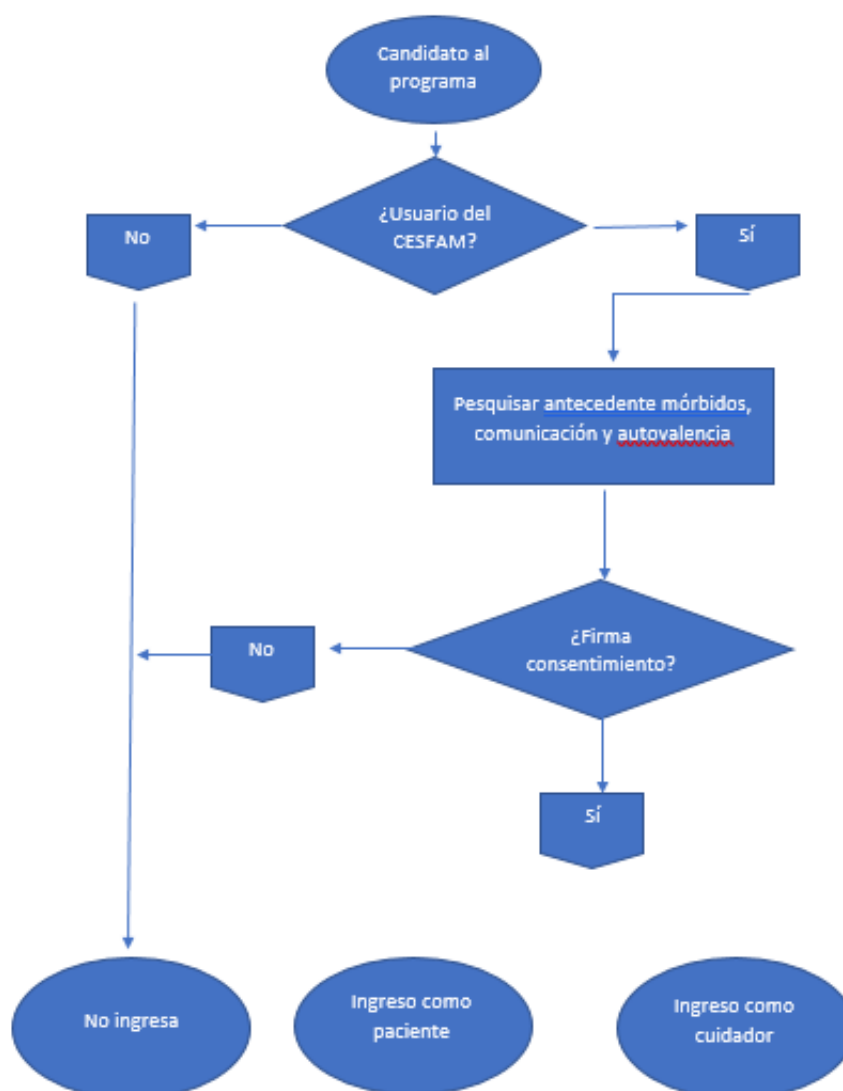
- Programas de adulto: consulta de morbilidad, consulta y control de enfermedades crónicas, consulta nutricional, control de salud, intervención psicosocial, consulta y/o consejería en salud mental (en el caso de quienes además cumplan con la labor de cuidador/a), educación grupal y atención domiciliaria.
- Programas del adulto mayor: consulta de morbilidad, consulta y control de enfermedades crónicas, consulta nutricional, control de salud, intervención psicosocial, consulta y/o consejería en salud mental (para cuidadores como para aquellos pacientes con diagnóstico o sospecha de demencia), educación grupal, educación kinésica, vacunación anti-influenza y atención a domicilio.
- Programas de salud oral: examen de salud, educación grupal, exodoncias, destartraje y pulido coronario, obturaciones temporales y definitivas, aplicación de sellantes, pulpotomías, barniz de fluor, endodoncia.
- Actividades con Garantías Explícitas en Salud asociadas a Programa: Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía Adquirida en Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más, acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada (debido a riesgo de encamamiento en adultos mayores).
- Actividades generales asociadas a todos los programas: consejería familiar, visita domiciliaria integral, consulta social, tratamiento y curaciones e intervención familiar psicosocial.

Al mismo tiempo, se buscarán alianzas estratégicas con carácter territorial para programas de otros servicios públicos que trabajen con la población objetivo siguiendo los criterios de inclusión/exclusión:

- “Más Sonrisas para Chile”: programa que busca mejorar la sonrisa y salud oral de las mujeres, que beneficia a mujeres mayores de 20 años⁽⁸⁰⁾.
- “Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica en Población Adulta”: programa de atención odontológica para población no priorizada.
- Garantía de Acceso de “Salud Oral Integral del Adulto”: Programa dentro del marco de atención GES que beneficia a adultos desde 60 años.

- Prestaciones PAD (Programa de Pago Asociado a Diagnóstico): Tumores y/o quistes intracraneanos y tiroidectomía total y subtotal⁽⁸¹⁾.

Figura 10: Flujograma de ingreso/rechazo de candidatos



Fuente: Elaboración propia.

10.2.2. Cronograma de actuación

La intervención del programa se llevará a cabo en un período de 12 meses sujeto a modificaciones, dependiendo de los tiempos de los cuales dispone el CESFAM ejecutor del programa. La duración mínima es de 9 meses. Se ha tomado en cuenta este horizonte temporal mínimo debido a que la temporada de verano (mediados de diciembre hasta mediados de febrero) puede darse una baja participación en actividades asistenciales y

socioeducativas. Se ha de considerar esta duración mínima solamente para la calendarización de actividades asistenciales. Esta situación será evaluada por el equipo de profesionales antes del hito de lanzamiento del programa.

Vale destacar además que existen dos actividades a realizar que no se encuentran consignadas en el calendario y que son de vital importancia: actividades de control y supervisión, y el retorno a la comunidad participante.

Tabla 6: Cronograma de actuación

Objetivo específico	Actividad	Mes											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
“Disminuir tasas de morbilidad de infecciones agudas debido a alteraciones en la deglución en poblaciones de riesgo, utilizando como plataforma el sistema de APS de la red asistencial.”	Evaluación de estadísticas del centro												
	Supervisión												
	Evaluación de impacto												
“Capacitar a individuos con disfagia, cuidadores, familiares y equipos de salud de APS en los cuidados necesarios para el paciente con disfagia.”	Talleres de capacitación sobre disfagia para el equipo de APS del CESFAM												
	Talleres de capacitación sobre disfagia para participantes del programa												
	Actividades comunitarias socioeducativas												
	Actividades individuales educativas y de reforzamiento												
“Entregar asistencia sanitaria en torno a los trastornos deglutorios diagnosticados como disfagia orofaríngea, a los miembros de la comunidad que lo necesiten	Actividades asistenciales dentro del contexto del CESFAM												
	Actividades asistenciales dentro del contexto de visita domiciliaria												

10.2.3. Actividades

10.2.3.1. Evaluación de estadísticas del centro:

La evaluación de estadísticas del centro de salud tendrá dos momentos:

- Inicial: Se recogerán los datos en una etapa previa a la intervención, para caracterizar a los participantes, otorgar consentimientos informados y proceder a la codificación de los antecedentes, manteniendo la confidencialidad de acuerdo a lo mencionado en la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Atención en Salud⁽⁸²⁾.
- Final: Se recogerán los datos terminada la intervención comunitaria e individual para contrastar resultados con lo recopilado durante la evaluación inicial. Esta toma de datos se realizara codificando antecedentes importantes y siguiendo los lineamientos de protección de datos al paciente de acuerdo a lo mencionado en la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Atención en Salud⁽⁸²⁾.

A pesar de lo mencionado anteriormente, se podrán volver a analizar los datos en etapas intermedias. Esto se determinará por la necesidad de ingresar nuevos participantes al programa, actualización de la intervención ante distintas autoridades sanitarias o para divulgar información general ante la comunidad del área sanitaria o ante otros profesionales interesados en conocer el impacto de la intervención.

Para la recogida de datos de los usuarios para esta intervención y velar por la confidencialidad y el cumplimiento de las directrices de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Atención en Salud⁽⁸²⁾, se ha diseñado un formato de Consentimiento Informado (ANEXOS 2^a y 2b) el cual será enviado al Comité de Ética Asistencial Cornuval, CEA, para su análisis y dar cumplimiento al marco legal existente en cuanto a la protección en salud para los participantes⁽⁸³⁾. De la misma forma, si los resultados esperados son de relevancia tal que puedan dar pie a futuras publicaciones e investigaciones, se seguirá el mismo procedimiento ante el Comité Ético-Científico Servicio de Salud Valparaíso San Antonio⁽⁸⁴⁾, para la asesoría y análisis correspondiente verificando que la intervención cumple tanto con lo decretado en la ley chilena como con las orientaciones internacionales de ética para la investigación bioética en humanos⁽⁸⁵⁾.

10.2.3.2. Capacitación a profesionales

Las instancias de capacitación a profesionales son de vital importancia en el entendido de que los profesionales de los distintos equipos ayudarán a los profesionales ejecutores del programa en la identificación de casos en distintos contextos asistenciales. Se otorgarán conocimientos básicos que permitan dar cumplimiento a la correspondiente interconsulta y así confirmar o descartar al usuario para su ingreso al programa. Los contenidos a abordar incluyen: mecanismos de la deglución, definición de disfagia, factores de riesgo, signos y síntomas de disfagia, prevención y tratamiento (ANEXO 5a).

Las capacitaciones a los profesionales del centro de salud implicarán dos modalidades. La primera será presencial, de carácter obligatorio para todo el equipo. La segunda será mediante un manual diseñado especialmente para este programa, fomentando el autoaprendizaje y la responsabilidad de administrar el propio conocimiento.

Se realizarán tres sesiones de capacitación a los distintos profesionales y técnicos del centro de salud.

- Primera sesión: Presentación del programa a los profesionales del CESFAM. Introducción a la disfagia. Descripción del problema de salud. Factores de riesgo asociados a la disfagia.
- Segunda sesión: Intervención en disfagia. Importancia de la intervención en disfagia. Conformación de los equipos de trabajo. Entrega de material para la formación de los profesionales y técnicos que participarán en los equipos de trabajo.
- Tercera sesión: reforzamiento de contenidos, resolución de dudas.

10.2.3.3. Actividades comunitarias socioeducativas

Las actividades comunitarias socioeducativas se realizarán en tres momentos:

- Inicial: Las actividades comunitarias se enfocarán en distintos elementos
 - Difusión del programa en la comunidad: Este elemento buscará generar conciencia del problema dentro de la comunidad. Se utilizarán dos

metodologías para generar un impacto colectivo y otro individual, siendo estas:

- Difusión activa: Realización de una feria de salud comunitaria donde el CESFAM exponga la distinta cartera de programas que ofrece. Este momento servirá, además, para identificar candidatos a participar en el programa (cuidadores, adultos mayores u otras personas que presenten alguna condición de salud que implique riesgo de disfagia).
- Difusión pasiva: se instalarán afiches informativos sobre el programa que contengan fechas y población objetivo fuera de los equipos del CESFAM. Entrega personal de información a posibles candidatos identificados por los equipos de salud.
- Formación: La formación como elemento de salud comunitaria es indispensable, puesto que busca entregar herramientas que activen capacidades de los miembros de la comunidad. Estas herramientas serán entregadas a:
 - Grupo de personas sin compromiso funcional ni de autonomía.
 - Cuidadores de personas con compromiso funcional y/o de autonomía.

Para estas actividades de formación se plantearán, de forma simple, didáctica y con lenguaje poco técnico o de fácil comprensión para los asistentes, los siguientes temas (ANEXO 5b):

- Disfagia: ¿Qué es?
 - Breve y sencilla descripción del problema de salud.
- Disfagia: ¿Qué observar?
 - Descripción de signos y síntomas de fácil observación fuera de espacios clínicos, que permitan establecer sospecha para la realización de pruebas clínicas.
- Disfagia: ¿Cómo manejarla?
 - Se enseñarán conjuntos de técnicas posturales y de manejo de consistencias. Se entregarán, además, tips de cocina para dar opciones a los distintos gustos de los individuos

- Intermedio: Las actividades en la etapa intermedia abarcarán los siguientes elementos:
 - Difusión del programa en la comunidad: Se reforzará la difusión pasiva y la activa se centrará en el traspaso de información de los equipos de salud y encargados de programas a los pacientes. De esta forma se podrán abarcar nuevos casos.
 - Formación: Se realizarán las mismas actividades de formación para los nuevos participantes.
 - Intercambio de saberes: Se realizará una actividad en dos grupos dependiendo de la funcionalidad y autonomía de cada uno de los individuos. La temática de este taller se sustentará en el compartir buenas prácticas y corregir o rectificar las malas. Se tomará nota de los aspectos más importantes rescatados en la discusión.

- Final: Se realizarán dos actividades de cierre de la intervención:
 - Intercambio de saberes y evaluación: Se repetirá la instancia para compartir buenas prácticas. Al mismo tiempo, se realizará una evaluación del impacto en las personas mediante metodología cualitativa, con sugerencias de metodologías mencionadas en el apartado “Evaluación”.
 - Devolución a la comunidad: Se realizará una actividad de cierre donde se expondrá, ante autoridades, profesionales y la comunidad, los alcances del programa, hallazgos significativos y resultados en términos cuanti y cualitativos.

10.2.3.4. Actividades asistenciales

Las actividades asistenciales se centrarán en distintos elementos:

- **Evaluación de función deglutoria:** Debido a la complejidad al momento de evaluar sensibilidad y especificidad de los distintos procedimientos de evaluación de la función deglutoria de forma no instrumental se definirán como pautas de evaluación la Prueba del Vaso de Agua o el algoritmo de evaluación del Método de Exploración Volumen-Viscosidad.

- **Terapia:** Mediante modificación postural, estimulación térmica, reeducación de la función, terapia miofuncional orofacial.
- **Educación:** Enseñanza de técnicas aplicables en casa, pautas de ejercicios, manejo de consistencias.
- **Evaluación de conocimientos:** Para corregir malas prácticas y rectificar buenas prácticas.

10.2.3.5. Supervisión

La supervisión corresponderá a un análisis FODA constante durante el proceso de intervención. Se analizarán cada uno de los componentes del programa para poder reorientar recursos humanos o materiales en el cumplimiento de los objetivos propuestos. Los elementos a observar durante esta constante supervisión serán:

- Evaluación sobre la forma en que profesionales entregan información a participantes.
- Analítica de los indicadores propuestos en el apartado de “Evaluación”.
- Forma en que la comunidad está recibiendo la información entregada por los profesionales.
- Feedback desde el equipo profesional sobre cómo el profesional fonoaudiólogo/logopeda está abordando el problema de salud.

10.2.3.6. Evaluación de impacto

Se crearán indicadores para evaluar el impacto del programa de intervención (apartado “Evaluación”). Estos indicadores podrán modificarse en función de los hallazgos, previa declaración al equipo de salud y a la dirección del CESFAM. Al mismo tiempo, se rescatarán experiencias personales y saberes de los participantes de la intervención y de la retroalimentación del equipo profesional.

10.2.3.7. Retorno a la comunidad

Se llevará a cabo una actividad al final de la intervención como la descrita con anterioridad. Esta tendrá carácter de cuenta pública a los participantes, ya sean

profesionales, pacientes y cuidadores. Se darán a conocer gastos, explicación de indicadores y el impacto de la intervención sobre los indicadores propuestos en la evaluación.

10.3. Procesos

10.3.1. Proceso individual

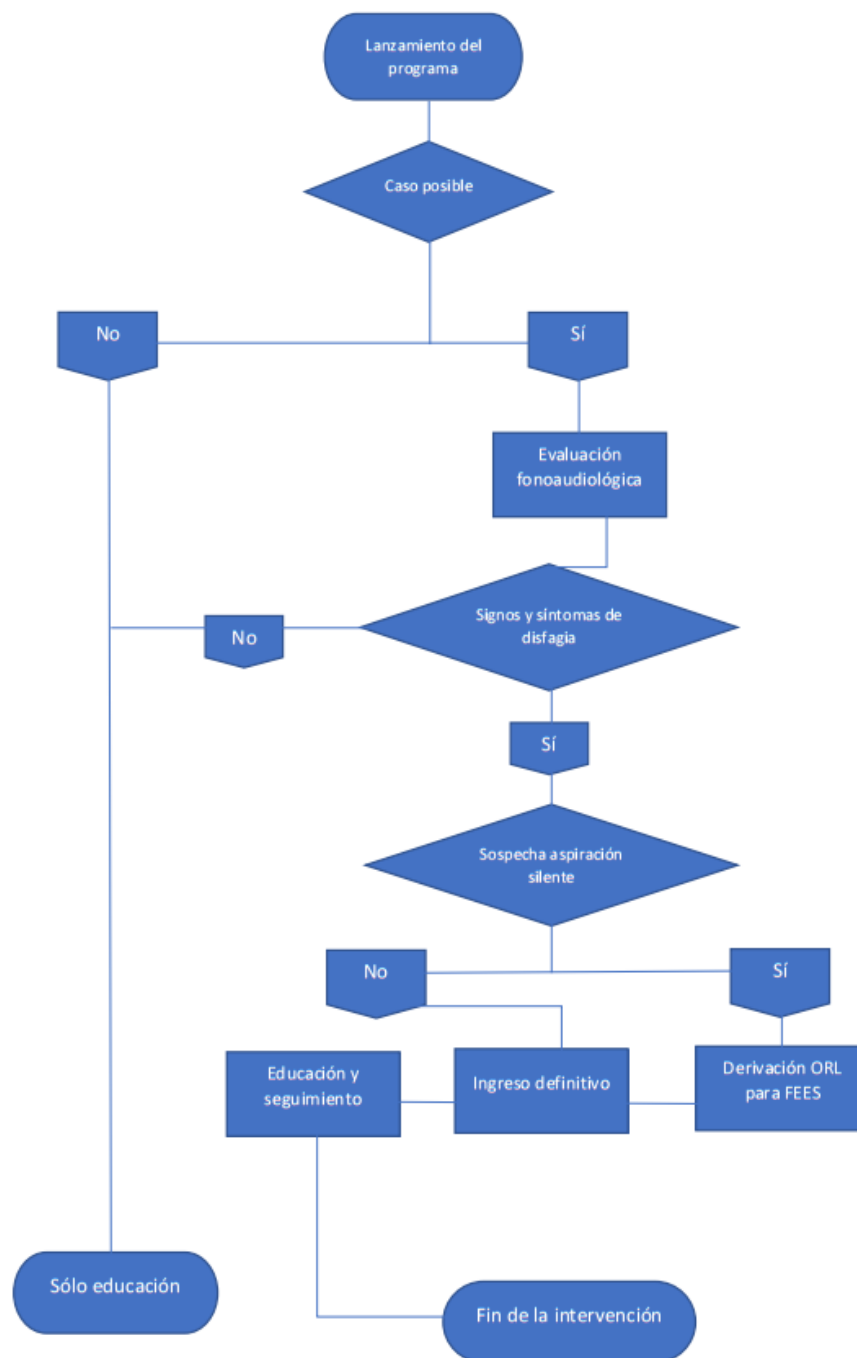
- I. Identificación de casos: Aplicando los criterios de inclusión/exclusión. Vinculación de profesionales sanitarios con otros programas que trabajen con la población objetivo.
- II. Caso sospechoso identificado: Derivación a consulta con fonoaudiólogo/logopeda para confirmación de caso.
- III. Caso sospechoso atendido: Aplicación de Anamnesis Fonoaudiológica (ANEXO 1) Evaluación de la función deglutoria utilizando Water Swallowing Test o Exploración Volumen-Viscosidad, descritas en el apartado de “Evaluación”. Aplicación de cuestionario Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hanning y Ortega (2002)⁽²⁶⁾ (ANEXO 3)
- IV. Decidir: caso descartado, caso ingresado sin derivación a ORL, caso ingresado con derivación a ORL.
 - Se considerarán como casos ingresados con derivación a ORL a aquellos que no presenten tos al aplicar pruebas, pero sí presenten cambios en la voz (voz húmeda) y/o desaturación de oxígeno, además de contar con antecedentes de NAC, para aplicación de prueba instrumental FEES. Se gestionará desde el CESFAM.
- V. Presencia de candidato: Lectura de consentimiento informado para participación en el programa.
- VI. Convocatoria a taller inicial: para dar un primer acercamiento al tema.
- VII. Actividad asistencial logopédica: trabajo con el paciente/cuidador para educar respecto a técnicas de manejo.

- VIII. Actividad asistencial nutricional: trabajo educativo en conjunto con profesional nutricionista para entregar pautas de alimentación al cuidador/paciente.
- IX. Convocatoria a taller intermedio: para compartir experiencias respecto al proceso.
- X. Actividad asistencial logopédica y nutricional: para seguir corrigiendo, orientando y resolviendo dudas.
- XI. Convocatoria a taller final: para retroalimentación y evaluación cualitativa del proceso.

10.3.2. Proceso grupal

- I. Convocatoria a profesionales
- II. Taller de formación para profesionales.
- III. Lanzamiento del programa en feria de salud.
- IV. Primera actividad socioeducativa grupal con participantes.
- V. Convocatoria a profesionales a mitad del programa para evaluación cualitativa y mejoramiento de procesos.
- VI. Segunda actividad socioeducativa grupal con participantes.
- VII. Actividad de retroalimentación con profesionales
- VIII. Actividad de retroalimentación con participantes
- IX. Retorno a la comunidad.

Figura 11: Proceso para participantes



Fuente: elaboración propia

10.4. Recursos y costes

Este programa, como programa piloto, será financiado por el Consejo Regional CORE mediante sus líneas de financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Regional

FNDR. Los recursos obtenidos serán administrados por el Servicio de Salud de la zona sanitaria correspondiente y será ejecutado conjuntamente por el CESFAM y la Dirección de Salud Municipal DISAM o Corporación Municipal según corresponda. Los recursos humanos, mientras tanto, provendrán de dos fuentes: funcionarios nuevos con dedicación exclusiva a jornada completa (44hrs) y jornada parcial(22hrs) y funcionarios ya pertenecientes al CESFAM, con unas pocas horas de dedicación a la semana, las cuales no interferirán en sus actividades regulares.

10.4.1. Recursos humanos

Para la correcta ejecución del programa, se requieren distintas personas y equipos, con trabajo orientado tanto a la actividad promocional como asistencial, ya sea dentro del espacio institucional o en el trabajo en terreno, y desempeñando actividades administrativas, promocionales o propias de la labor clínica. Estos RRHH se originarán desde:

- Nuevas contrataciones, con dedicación a tiempo completo y parcial, y
- Profesionales y técnicos que ya se encuentren desempeñando funciones en el CESFAM, con pocas horas de dedicación semanales a este programa.

El perfil del profesional debe estar orientado hacia el trabajo comunitario, comunicación en salud, trabajo en equipo y resolutivez ante las dudas de los distintos participantes del programa. En la tabla siguiente, se describe de manera idónea a los miembros del equipo, con tareas y tiempo de dedicación (Tabla 7).

Tabla 7 : Caracterización de RR.HH. en la aplicación del Programa

Profesional	Dedicación	Perfil	Tareas	Hrs/ semana
Fonoaudiólogo, 2 profesionales	Exclusiva, tiempo completo	Este profesional tendrá un perfil de especialización en deglución, Salud Pública y de Comunicación en Salud. Tendrá dedicación exclusiva a este programa, evitando la interferencia de otros programas en el aspecto temporal.	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación del material de capacitación para profesionales y equipos de salud. • Preparación del material de formación para personas con disfagia y cuidadores. • Coordinación y estructuración del calendario de actividades. • Preparación y coordinación de las actividades de difusión. • Dar información sobre la ejecución del proyecto, ya sea de forma periódica o cuando le sea requerido, al Director del CESFAM. Esta será entregada en reunión formal de manera escrita. • Preparación de las sesiones de formación para profesionales y pacientes. • Supervisión periódica de la correcta ejecución del programa. • Organizar su agenda de atención. • Realización de las actividades socioeducativas para pacientes y cuidadores. • Realización de las actividades asistenciales para pacientes y cuidadores, tanto en terreno como en las dependencias del CESFAM. • Llevar estadística de atenciones. • Interconexión del programa con otros programas afines. • Acción de vocería al realizar la devolución a la comunidad. 	44hs

Trabajadora social	Exclusiva, tiempo parcial	Profesional con experiencia en Salud Pública, identificación de casos y comunicación efectiva en equipos de trabajo. Debe haber presenciado la capacitación del programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y contactar posibles participantes del programa. • Comunicar alcances del programa a posibles participantes. • Ayudar en la coordinación de actividades entre el programa y otros programas de atención del CESFAM con la misma población objetivo. • Realizar seguimiento de casos con asistencia irregular a las sesiones ya sean socioeducativas como asistenciales. • Coordinar visitas domiciliarias para la evaluación de disfagia. 	22hrs
Nutricionista	Exclusiva, tiempo parcial	Profesional con experiencia en Salud Pública y Atención Primaria de Salud, con capacidad de individualizar los requerimientos de cada paciente y habilidades de comunicación en equipos de trabajo. Debe haber presenciado la capacitación del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar material de capacitación para profesionales y equipos de salud • Preparación de material de formación para personas con disfagia y cuidadores • Ayudar en la coordinación de actividades • Organizar su agenda de atención • Realizar actividades socioeducativas para pacientes y cuidadores • Acompañar al profesional fonoaudiólogo en el trabajo en terreno • Identificar requerimientos nutricionales de cada paciente en función de su capacidad de manejar alimentos de distintas consistencias en actividades asistenciales, tanto en terreno como en dependencias del CESFAM • Llevar estadísticas de sus atenciones 	22 hrs
Enfermero/a	Complementaria	Profesional funcionario del CESFAM que haya asistido a la capacitación del programa, con orientación a	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar posibles participantes del programa y gestionar interconsulta con fonoaudiólogo de forma interna. • Comunicar alcances del programa a posibles participantes. 	1-2 hrs

		comunicación en salud y capacidad de identificar factores de riesgo de disfagia.	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver posibles dudas a pacientes y cuidadores sobre deglución, y reforzarles conocimiento en caso de ser necesario. 	
Técnico/a Paramédico	Complementaria	Técnico funcionario del CESFAM que haya asistido a la capacitación del programa, con orientación a comunicación en salud y capacidad de identificar factores de riesgo de disfagia.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar posibles participantes del programa y comunicar a profesionales que gestionen interconsulta. • Comunicar alcances del programa a posibles participantes. • Resolver posibles dudas a pacientes y cuidadores sobre deglución, y reforzarles conocimiento en caso de ser necesario. 	1-2 hrs
Médico/a	Complementaria	Profesional funcionario del CESFAM que haya asistido a la capacitación del programa, con orientación a comunicación en salud y capacidad de identificar factores de riesgo de disfagia.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar posibles participantes del programa y gestionar interconsulta con fonoaudiólogo de forma interna. • Comunicar alcances del programa a posibles participantes. • Resolver posibles dudas a pacientes y cuidadores sobre deglución, y reforzarles conocimiento en caso de ser necesario. 	1-2 hrs
Ingeniero/a o estadístico/a	Complementaria	El profesional debe haber asistido a las capacitaciones realizadas dentro del marco del programa. Además, ha	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar, junto al fonoaudiólogo/a y trabajador/a social con dedicación exclusiva al programa, indicadores de impacto. • Entrega de informes estadísticos al comienzo, intermedio y final de la intervención. 	2 hrs

		de tener conocimiento en el manejo de herramientas informáticas como R o SPSS		
Dirección del CESFAM	Complementaria		<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos monetarios y humanos necesarios para la ejecución del programa. • Informar periódica y directamente al Servicio de Salud de la zona sanitaria sobre la ejecución del programa. • Informar periódica y directamente a la Dirección de Salud Municipal o Corporación Municipal sobre la ejecución del programa. • Generar y firmar solicitud de permisos para el uso de espacios públicos en la feria de salud donde se lanzará el programa. 	

Además de los recursos humanos detallados con anterioridad, se tomará como recurso humano, aquellos profesionales vinculados a otros programas.

10.4.2. Recursos materiales

Llevar a cabo la ejecución del programa implica, además, movilizar recursos materiales que serán indispensables para la consecución de los objetivos y actividades propuestas (Tabla 8).

Tabla 8: Recursos materiales básicos necesarios para la ejecución del Programa

Recurso	Detalle
Espacio físico	Salón de reuniones para la capacitación del equipo técnico y profesional. Box de atención para actividades individuales asistenciales y promocionales. Espacio comunitario para los talleres socioeducativos en la comunidad. Espacio comunitario para la devolución a la comunidad.
Material impreso	Pendón para la promoción del programa Afiches Manual para cuidadoras/es y pacientes con disfagia
Movilización para profesionales	Gasolina Coche
Material para evaluación de la función deglutoria	Oxímetro de pulso Guantes desechables de latex Hisopos Bajalengua Jeringas desechables Pan sin sal Compota sin azúcar Cuchara de metal
Material para terapia de la función deglutoria	Hisopos Jugo de limón Nevera Guantes desechables de latex Aparato de electroestimulación
Material de oficina para el box de atención	Computador Resma de papel blanco Bolígrafos Archivador

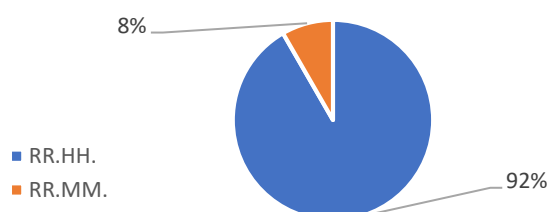
10.4.3. Costos

Los costos del programa, al pretender ejecutarse en territorio chileno, serán indicados en peso chileno y será, también, indicado el valor en euros por ítem general y por total del programa (Tabla 9). El cambio se realizará en función del valor medio del euro en pesos chilenos para el mes de julio de 2017, según las estadísticas del Banco Central de Chile⁽³⁰⁾. Se han tomado como valores referenciales aquellos publicados en distintas páginas web de establecimientos Líder®, Jumbo®, Sodimac®, Librería Nacional y Bip Computer Store®. Se han cotizado los insumos médicos en un distribuidor local de la Comuna de Valparaíso (BioCare insumos médicos), y el material promocional y manuales en AlóPrint, empresa que cuenta con convenio de ventas al sector público mediante la plataforma ChileCompra.

El gasto estimado para el total del Programa es de CLP \$38.505.655 (€ 50.830,53). El gasto mensual para el primer mes será de CLP \$4.911.019,40 (€ 6.482,94) y CLP \$3.127.581 para los 11 meses posteriores (€ 4.128,65), debido a que durante el primer mes se deben realizar gastos para artículos de compra única. El costo total del programa es de CLP \$39.314.414,80 (€ 51.898,16), del cual el 92,6% (CLP \$ 36.218.724, €47.811,60) corresponde a gastos en recursos humanos (Figura 12).

El presupuesto 2015, socializado para el último Plan de Salud Comunal de la Municipalidad de Valparaíso, fue de CLP \$16.070.220.094 (€ 21.213.972)⁽⁷⁹⁾. Esta acción en salud tiene un valor menor a 0,25% del presupuesto para dicho año.

Figura 12: Gastos del programa



Fuente: Elaboración propia

Tabal 9: Costos monetarios del Programa por ítem, con detalle, coste mensual en pesos chilenos, y total en pesos chilenos y euros, ajustado a cambio de divisa promedio para el mes de julio de 2017

Tipo de recurso	Ítem	Detalle	Coste mensual bruto en peso chileno	Coste total bruto estimado en peso chileno para cada ítem	Coste total bruto estimado en euros para cada ítem *
Recursos Humanos**	Profesional fonoaudiólogo/a encargado/a	Profesional fonoaudiólogo encargado del programa, recibirá una remuneración por 45hrs/semanales	1.020.267	12.243.204	16.162,01
	Profesional fonoaudiólogo/a de apoyo	Profesional fonoaudiólogo de apoyo en el programa, recibirá una remuneración por 45hrs/semanales	998.980	11.987.760	15.824,80
	Trabajador/a social	Profesional de apoyo en el programa, recibirá una remuneración por 22 hrs/semanales	499.490	5.993.880	7.912,40
	Nutricionista	Profesional de apoyo en el programa, recibirá una remuneración por 22 hrs/semanales	499.490	5.993.880	7.912,40
Costes de Recursos Materiales	Material impreso para difusión	Pendón para la promoción del programa (2u) (^)	65.980	65.980	87,10
		Afiches (30u) (^)	24.300	24.300	32,08
	Material impreso para apoyo pedagógico	Manual de cuidados en disfagia para cuidadores y pacientes con disfagia (120u) (^)	821.760	821.760	1.084,79
		Manual de cuidados en disfagia para profesionales (50u) (^)	427.000	427.000	563,67
	Materiales de oficina	Notebook †	338.878	338.878	447,35
		Resma de papel blanco (1 unidad/mes) x	3.190	38.280	50,53

		Bolígrafos azules ^{xx}	2.790	2.790	3,68
		Archivador (3 unidades) ^{xxx}	5.070	5.070	6,69
	Materiales para evaluación de función deglutoria	Oxímetro de pulso ※	35.000	35.000	35.000
		2 cajas de guantes desechables de latex ※	9.000	108.000	142,57
		1 caja de guantes desechables de vinilo ※	4.950	59.400	78,41
		1 caja de hisopos ※	1.200	14.400	19,00
		2 cajas de bajalenguas ※	2.800	33.600	44,35
		1 caja de Jeringas desechables 20cc (100 us) ※	22.500	32.280	42,61
		Pan ‡	2.690	32.280	42,61
		Cucharas de metal (2u. de 3 cucharas) ‡‡‡‡	3.980	3.980	5,25
		Compota (12 unidades/mes) ‡‡	3.240	38.880	51,32
		1 caja mascarillas desechables ※	5.400	64.800	85,54
	Materiales para terapia de función deglutoria	2 cajas de hisopos ※	4.800	57.600	76,03
		Jugo de limón (2 unidades de 500cc) ‡‡‡‡‡	1.480	1.480	1,95
		1 cajas de guantes desechables de latex ※	4.500	5.400	71,28
		1 cajas de guantes desechables de vinilo ※	4.950	59.400	78,41
		1 Nevera ‡‡	59.990	59.990	79,19
		1 caja mascarillas desechables ※	5.400	64.800	85,54
	Otros recursos	Gasolina (40lts/mes) ***	31.944,4	383.332,8	506,02
		Total coste mensual en peso chileno (+)	\$ 4.911.019,40		
		Coste total estimado en peso chileno		\$ 39.314.414,80	
		Coste total estimado en euros			€ 51.898,16

(+): Costes estimados para el primer mes. Existen productos de los cuales sólo se hará una adquisición al comienzo del programa. El coste total para cada uno de los 11 meses posteriores es de **CLP \$3.126.271 (€ 4.126,93)**

*Cálculos realizados según promedio mensual de julio de 2017 del tipo de cambio nominal “Euro”; pesos chilenos (CLP) por unidad monetaria extranjera: 757,53 según informes de Banco Central de Chile, 2017⁽³⁰⁾

**Valores de remuneraciones calculados según publicaciones de Transparencia Activa de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso⁽⁸⁶⁾.

*** Precio del combustible calculado según Precio Promedio por Combustible de Gasolina de 97 octanos a un valor de CLP \$798,61 (€1.05), julio de 2017. Fuente: Departamento de Hidrocarburos de la Comisión Nacional de Energía, Ministerio de Energía, Gobierno de Chile⁽⁸⁷⁾. Calculado según rendimiento de “Chevrolet Sail”, vehículo motorizado más vendido en Chile durante el año 2016⁽⁸⁸⁾. Calculado en base a un consumo de 40 litros mensuales dentro de ciudad, para la realización de visitas domiciliarias.

†: Valor referencial por Notebook ASUS X441UA-WX085T, Intel®Core™ i36006U, 4GB DDR4, 1TB SATA, 14”, Windows 10 64 Bit, observado en Bip Computer Store, precio normal en tienda⁽⁸⁹⁾. Se ha hecho el cálculo por una única compra, puesto que no se justifica una adquisición mensual.

††: Valor referencial por frigobar “ERD05W5MNS Electrolux” con eficiencia energética A+, precio normal⁽⁹⁰⁾. Se ha hecho el cálculo por una única compra, puesto que no se justifica adquisición mensual.

‡: Valor referencial por “Noglut. Pan de molde sin gluten”, bolsa de 480grs, visto en página web de Líder®⁽⁹¹⁾.

‡‡: Valor referencial por “Compota sabor manzana Nestlé”, 120grs, visto en página web de Líder®⁽⁹²⁾.

‡‡‡: Valor referencial por “Krea, cucharas de mesa, Display 3 unid”, visto en página web de Jumbo Cencosud⁽⁹³⁾.

‡‡‡‡: Valor referencial por “Traverso, Sucedáneo de Jugo de Limón, Botella 500cc”, visto en página web de Jumbo Cencosud⁽⁹³⁾.

×: Valor referencial por “Papel carta 500hjs EQUALIT”, visto en página web de Librería Nacional⁽⁹⁴⁾

xx: Valor referencial por “Lapiz pasta InkJoy azul x 10 Paper Mate”, visto en página web de Líder®⁽⁹⁵⁾

xxx: Valor referencial por “Archivador oficio burdeo Colon”, visto en página web de Jumbo Cencosud⁽⁹⁶⁾

※: Valor de referencia en base a cotización solicitada a “Importadora BioCare Ltda.” (ANEXO 6).

(^) Valor de referencia en base a cotización solicitada a imprenta “Aloprint Ltda.”. Se calculó el valor de cada manual tomando como referencia el detalle de la cotización y se multiplicó por el número de unidades (ANEXO 6).

10.4.4. Recursos sin costo

Es necesario, además, considerar otros elementos del territorio que no son traducibles en coste monetario y dicen relación con la visibilización y activación de recursos humanos locales. Estos corresponden a Juntas Vecinales, organizaciones de pacientes, Clubes de Adulto Mayor y otras organizaciones de base que pudiesen aportar en la difusión del lanzamiento del programa para lograr los objetivos.

Así mismo, es necesario visibilizar espacios dentro del territorio que permitan llevar el trabajo de promoción a terreno, identificando dos momentos importantes. En primer lugar, se requiere un espacio comunitario abierto en la comunidad para ejecutar la campaña en terreno del CESFAM para difundir su cartera de programas, pudiendo ser una plaza pública. En segundo lugar, un espacio cerrado dentro de la comunidad para llevar a cabo las actividades de instrucción a los miembros de la comunidad, pudiendo ser un salón de una Sede Vecinal próxima al CESFAM, que permita acceder fácilmente a la locomoción colectiva, rompiendo barreras de acceso que pudisen tener los asistentes.

Otro recurso sin costo, además de intangible, es la vinculación de los profesionales con distintos programas del CESFAM y otras instituciones de la zona. Dentro de los perfiles profesionales se incluyen esperables habilidades comunicativas y de trabajo en equipo, habilidades blandas indispensables para llevar a cabo el programa de forma correcta.

10.5. Evaluación

Ya establecidos los objetivos, población, horizonte temporal y recursos, con sus respectivos costes estimados, necesarios para llevar a cabo el programa, se han de establecer métodos de evaluación que recojan tanto resultados en términos cuantitativos, como experiencias tanto de profesionales como de pacientes y cuidadores en términos cualitativos.

10.5.1. Evaluación cualitativa

Para evaluar la intervención en términos cualitativos, se procederá a la realización de actividades de retroalimentación en la comunidad mediante el uso de herramientas de investigación cualitativa. De esta forma se recogerán aprendizajes, conceptos y futuros cambios desde la comunidad y desde los equipos profesionales. A continuación, aquellas que encajan con el programa de intervención al momento de rescatar saberes:

- **Matriz DAFO o FODA:** para identificar elementos internos y externos que puedan estar interviniendo positiva o negativamente en los resultados y en el proceso de ejecución, ya sea desde el equipo profesional o desde cómo pacientes y cuidadores viven la experiencia de tener un trastorno de la deglución.
- **Cronograma del proceso:** para identificar cómo vamos actuando en el transcurso de la intervención. Para pacientes y cuidadores es sumamente importante porque les permitirá obtener retroalimentación en relación a la adherencia de las acciones en salud sobre las cuales se les ha formado.
- **Arbol de problemas:** para identificar causas visibles e invisibles que hacen reflexionar en torno al por qué este problema de salud no ha tenido respuesta con anterioridad.
- **Flujograma:** desde el equipo profesional, para poder identificar procesos, nudos críticos y otros elementos omitidos con anterioridad y que puedan estar afectando positiva o negativamente la intervención llevada a cabo desde el programa

10.5.2. Evaluación cuantitativa

Para medir el impacto de la intervención en términos numéricos, se desarrollarán distintos indicadores (Tabla 10). Estos son propuestos a partir de:

- N° de participantes reales
- N° de participantes esperados/as
- N° de participantes por CESFAM
- N° de participantes con determinada condición de base
- N° de participantes institucionalizados y no institucionalizados/as
- N° de participantes autovalentes y a cargo de cuidador/a
- N° de actividades en las que los beneficiarios participan

- Grupales y asistenciales/educativas individuales
- N° de participantes con al menos 1 signo/síntoma de disfagia orofaríngea y que no haya contado con diagnóstico previo
- N° de pacientes derivados
- N° de pacientes con correlación diagnóstica positiva entre evaluación no instrumental e instrumental
- N° de pacientes con antecedentes de hospitalización por NAC
- N° de pacientes hospitalizados durante el año en curso

Además se considerarán otros elementos sociodemográficos y antecedentes previos: sexo, edad, estado civil, instrucción (años), relación con el cuidador, antecedentes mórbidos (HTA, diabetes, tabaquismo, antecedentes de NAC, reflujo, afasia, disartria, antecedentes de traqueostomía y de alimentación enteral).

Tabla 10: Indicadores cuantitativos de medición del Programa

Resultado	Descripción	Indicador
Participación global	Se establece el porcentaje de participación tomando en cuenta el total de pacientes inscritos en todo el territorio comunal por sobre el N° de pacientes esperados (100).	$\frac{\text{N° de participantes reales} \times 100}{\text{N° de participantes esperados}}$
Participación por CESFAM	Se establecerá qué proporción de pacientes están debidamente inscritos en cada uno de los 13 CESFAM del territorio comunal.	$\frac{\text{N° de participantes reales por cada CESFAM} \times 100}{\text{N° de participantes reales}}$
Condición de base	Tomando en cuenta las distintas causas que expliquen la presencia de disfagia orofaríngea en la población, se establecerá la proporción de cada causa declarada en el universo de participantes reales	$\frac{\text{N° de participantes reales con determinada condición de base} \times 100}{\text{N° de participantes reales}}$
Institucionalización	Se establecerá la proporción de pacientes institucionalizados entre el total de participantes reales.	$\frac{\text{N° de participantes reales} - \text{participantes no institucionalizados} \times 100}{\text{N° de participantes reales}}$
Pacientes a cargo de un cuidador	Se establecerá la proporción de pacientes a cargo de un cuidador entre el total de pacientes reales.	$\frac{\text{N° de participantes reales} - \text{participantes que no están a cargo de un cuidador} \times 100}{\text{N° de participantes reales}}$

Asistencia individual	Se establecerá el porcentaje de asistencia de cada uno de los participantes del programa tomando en cuenta cuántas veces ha sido listado como presente respecto a todas las actividades realizadas con pacientes (talleres grupales y actividades asistenciales)	$\frac{\sum \text{N}^\circ \text{ de actividades listado como presente} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de actividades grupales} + \text{N}^\circ \text{ de actividades asistenciales individuales}}$
Atención asistencial	Promedio de actividades asistenciales entre el total de participantes del programa.	$\frac{\sum \text{actividades asistenciales individuales}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes reales}}$
Asistencia total	Se obtendrá un promedio final de asistencia sumando el indicador de “Atención asistencial” de todos los participantes respecto a la sumatoria entre el N° de actividades grupales con la comunidad y el promedio de atención asistencial	$\frac{\sum \text{Atención asistencial}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades grupales} + \bar{X} \text{ actividades asistenciales}}$
Diagnóstico de disfagia	Se obtendrá un porcentaje de nuevos diagnósticos de disfagia utilizando métodos de evaluación no instrumental por sobre el total de participantes del programa.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes reales con al menos 1 signo/síntoma de disfagia orofaríngea y sin diagnóstico previo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de participantes reales}}$
Concordancia diagnóstica	Correlación entre la hipótesis diagnóstica de riesgo de aspiración planteada por el evaluador y el diagnóstico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de derivaciones} - \text{correlación diagnóstica negativa} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de derivaciones}}$

	entregado por el otorrino al realizar evaluación instrumental de deglución	
Hospitalizados en el año en curso	Se sumará el N° de participantes hospitalizados durante el año de ejecución del proyecto por cualquiera de las dos complicaciones más recurrentes entre los individuos con disfagia orofaríngea (neumonía adquirida en comunidad y/o desnutrición/deshidratación) respecto al número total de participantes en el programa.	$\frac{\text{N° de participantes hospitalizados por NAC o desnutrición/deshidratación durante el año en curso}}{\text{N° de participantes reales}} \times 100$
Hospitalización por NAC	Porcentaje de hospitalizaciones por NAC durante el año en curso respecto al total de hospitalizaciones.	$\frac{\text{N° de hospitalizaciones por NAC durante el año en curso}}{\sum \text{Hospitalizaciones entre n° de participantes reales}} \times 100$
Hospitalización por desnutrición/deshidratación	Porcentaje de hospitalizaciones por desnutrición/deshidratación durante el año en curso respecto al total de hospitalizaciones.	$\frac{\text{N° de participantes hospitalizados por desnutrición/deshidratación durante el año en curso}}{\sum \text{Hospitalizaciones entre n° de participantes reales}} \times 100$
Utilidad de la intervención	Medida de relación tomada al final de la intervención para observar la correlación entre la intervención propiamente tal y el outcome “hospitalización”, donde: <ul style="list-style-type: none"> Intervención como factor protector = 1>X 	$\sum \text{Hospitalizaciones de participantes con antecedentes de hospitalización (por NAC o desnutrición/deshidratación) durante el año en curso}$

	<ul style="list-style-type: none"> Intervención no influye en resultados en salud = $1=X$ Intervención influye negativamente en los resultados en salud = $X>1$ 	Σ Hospitalizaciones de participantes con antecedentes de hospitalización (por NAC o desnutrición/deshidratación) durante el año anterior
--	--	---

Tabla 11: Indicadores sociodemográficos y otros datos de salud poblacional

Indicador	Codificación					
Sexo (Paciente y cuidador/a)	M: mujer	H: hombre				
Edad	18-					
Estado civil	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Unión civil		
Instrucción	Lectoescritura	Años de escolaridad				
Relación del cuidador con el paciente	Familiar	Laboral				
Antecedentes clínicos (paciente)	HTA: hipertensión arterial	Tabaquismo	Diabetes	RLF: Reflujo laringo-faríngeo	NAC: Neumonía adquirida en comunidad	Alimentación enteral
		Traqueostomía				

10.6. Resultados esperados

El programa presentado busca ser un aporte más al sistema público de salud chileno. Se enfoca en acciones concretas de APS orientadas hacia la promoción de una segura y eficiente deglución en individuos con factores de riesgos asociados a disfagia orofaríngea y hacia la prevención de complicaciones asociadas a la disfagia. Es por eso, que se espera cumplir con ciertos indicadores mínimos.

En primer lugar, sobre la participación, se espera cubrir el 80% del n propuesto inicialmente ($n= 100$), esto quiere decir que se esperan al menos 80 participantes. Para lograr esto es importante el trabajo territorial mediante las ferias de salud así como reunirse con encargados de programas e instituciones como provinciales del Servicio Nacional del Adulto Mayor y Servicio Nacional de Discapacidad y Oficina de Organización Comunitaria de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso para una posible focalización de grupos.

Respecto a la asistencia a las actividades (Tabla 11), se espera que el promedio de asistencia al 100% de las actividades sea de al menos el 50% de los participantes, incluyendo actividades grupales y asistenciales tanto en el centro de salud como para aquellos individuos institucionalizados o pertenecientes al programa de visita domiciliaria. Dentro de lo mismo, se espera que al menos el 60% de los participantes tenga una asistencia del 75%. Finalmente, se espera que el 75% de los participantes tengan una asistencia de al menos 50%.

Tabla 12: Asistencia esperada a actividades individuales y grupales

Porcentaje mínimo de participantes	Asistencia esperada
50	100%
60	75%
75	50%

Para medir la utilidad de la intervención, se ha creado un indicador de promedio de hospitalizaciones del año en curso sobre promedio de hospitalizaciones del año anterior. Se han establecido como valores de medida aquellos entre 0 y 1, 1 y valores

mayores a 1. Cuando este valor se sitúa entre 0 y 1, la intervención se correlaciona con un impacto positivo, siendo mejores outcomes aquellos más cercanos a 0; cuando el valor es 1, la intervención se correlaciona con no tener impacto alguno; si el valor es mayor a 1, la intervención se correlaciona con un impacto negativo. Se tomará como meta que el cociente entre hospitalizaciones del año de realización de la intervención y del año anterior sea los datos propuestos por Alvear, Canteros, Jara y Rodríguez sobre costos de hospitalización día para infecciones respiratorias en hospitales del Servicio de Salud del Maule (CLP \$398.913/día, aproximadamente €559,56/día)⁽⁹⁷⁾ y donde las neumonías no-influenza presentan un promedio de días de hospitalización de entre 7,8 a 8,1 en la región de Valparaíso⁽⁵⁶⁾. Tomando en cuenta estos antecedentes, se esperaría evitar al menos 11-12 hospitalizaciones del total para que la intervención fuese considerada exitosa.

11. CONCLUSIONES

La plataforma de APS debe ser un instrumento para acercar las acciones de salud a la ciudadanía, al mismo tiempo que sirve como puerta de entrada para problemas más complejos. Este parece ser el caso de los trastornos de la seguridad y eficacia de la deglución. La disfagia, si bien figura tipificada en la CIE-10 (código R13 y como secuela de enfermedad cerebrovascular I69), no es una enfermedad, sino un síntoma relacionado a las complicaciones en el tránsito oral. Y si bien parece no tener mayores complicaciones en un principio, sí puede conllevar a problemas de salud más graves poniendo en riesgo incluso a aquellos con un estado más frágil. Además, puede tener repercusiones sociales y emocionales importantes para el paciente que, pareciera ser, son poco tomadas en cuenta.

La salud pública debe ser una herramienta para el cambio. Debe enfocarse tanto a proteger a las personas como a dar herramientas para que los individuos tengan los mejores resultados en salud posibles y mejorar así su calidad de vida. Existen momentos para tomar acciones asistenciales y otros para tomar acciones promocionales. Aquellos programas que puedan equilibrar ambos elementos al llevarse a cabo, serán los que deban potenciarse para lograr mejores resultados en salud en poblaciones con un perfil demográfico de países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo.

Uno de los grandes retos de los sistemas de salud es integrar a los equipos a profesionales no médicos, que puedan dar visiones más completas sobre las realidades sociosanitarias: profesionales de rehabilitación, trabajadores y trabajadoras sociales, profesionales que trabajen áreas de salud mental. Para ello, deben crearse políticas e intervenciones que articulen las disciplinas y áreas de la medicina con otros elementos de la salud vista con un enfoque biopsicosocial. Estas intervenciones y estos profesionales deben estar contextualizados en los territorios y deben aportar tanto en la identificación de debilidades en salud y las fortalezas comunitarias, como en las propuestas que ayuden a mejorar o potenciar más dichos elementos.

Para ello, es necesario perder el miedo a invertir recursos en programas de distinto tipo. Los perfiles demográficos están cambiando, y con ellos también cambian los perfiles epidemiológicos. En sociedades con mayor expectativa de vida, se van haciendo presente las enfermedades crónicas no transmisibles, demencias, factores de riesgo que conllevan a

largo plazo a otras complicaciones de salud. Al mismo tiempo se hace necesaria la inversión de recursos públicos en contextos donde la gente tiene dificultades para acceder a rehabilitación, donde la gente desconoce ciertas realidades en salud y donde, además, puedan utilizar las propias capacidades para combatir esos problemas de salud, mediante la educación y el compartir experiencias.

Para que una intervención sea exitosa, además, debiese incluir la participación de la comunidad como recurso y como buena práctica entre los equipos profesionales. En Chile, las metodologías de participación comunitaria en los CESFAM se utilizan para empoderar a la población respecto a sus problemas de salud. Esto sirve, además, para obtener información sobre problemas que aquejan a determinados territorios, por lo que el recurso comunitario se transforma en un elemento trascendental.

Sin embargo, se requiere desarrollar la inversión en recursos técnicos. La opinión pública ha planteado desde hace años la falta de especialistas médicos en el servicio público, así como la necesidad de fortalecer equipos de rehabilitación, de salud mental, sociales, mejorar las intervenciones comunitarias y, además, inversión en equipos avanzados para mejorar los procesos diagnósticos y terapéuticos. Este es el caso de la disfagia, donde el gold-estándar es una evaluación videofluoroscópica de la deglución, recurso escaso en algunas zonas que requieren derivación a otras regiones, además de ser una prueba con altos costes para el paciente.

Finalmente, es importante mejorar la investigación en cuanto a la efectividad de distintas acciones en salud en condiciones que no son tan conocidas o comunes, sobre todo para el caso de intervenciones desde la educación a la comunidad. En Chile, las publicaciones referidas a fonoaudiología/logopedia son limitada y muchas veces no toman en consideración el componente de la comunidad y se centran en el ámbito de educación, debido a que la ausencia del fonoaudiólogo en el Código Sanitario limita los campos de acción. Es importante orientar, a futuro, intervenciones y el estudio de su impacto en el sector salud para abrir puertas a futuros profesionales.

Este ejercicio reflexivo, busca aportar en los elementos mencionados anteriormente. Este proyecto de intervención espera ser una herramienta en cuanto a nuevas formas de intervenir desde la comunidad, utilizando el recurso comunitario como herramienta fundamental, rescatando y orientando los saberes y acciones de las personas

que puedan tener impacto sobre su propia salud, dando espacio a formular prácticas exitosas en función de los resultados esperados.

A futuro, se espera realizar sin las limitaciones que ha tenido el proceso. La disfagia como problema de salud es relativamente reciente y de un tiempo a esta parte se le ha tomado el peso que corresponde. La producción literaria fonoaudiológica/logopédica en Chile, depende de aquello que se publica en el extranjero y suele tener poco impacto científico, por lo que la bibliografía actualizada ha de ser revisada, por lo general, en otros idiomas y publicaciones con acceso limitado.

También se espera desarrollar una propuesta como esta con datos sociodemográficos y epidemiológicos más actualizados. El Plan de Salud de la Comuna de Valparaíso ha sido realizado con datos de los años 2011-2012, la información censal ha sido publicada recién el último día de agosto de 2017, debido a que el Censo del año 2012 fue ejecutado con errores metodológicos garrafales que impidieron hacer proyecciones correctas, por lo cual se ha estado trabajando los últimos 5 años con datos de proyecciones demográficas del Censo 2002. Vale mencionar que este trabajo, en particular, ha trabajado con dichas proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas.

Para finalizar, es importante mencionar las proyecciones que ha de tener toda propuesta de intervención. Se espera que esta propuesta sea, en primer lugar, una oportunidad de articulación de las personas con los distintos servicios y programas de salud que se ofrecen, además de ser una posibilidad de empoderar a la comunidad y dar herramientas para comprender y manejar sus propios problemas de salud. Por lo tanto, este programa de intervención espera ser un paso para identificar y manejar nuevos problemas de salud utilizando el recurso comunitario.

Se debe mencionar, además, que este programa si bien cabe la posibilidad de no poder perpetuarse, espera que de él se rescaten elementos que sirvan para mejorar programas con los cuales se articula fuertemente: programas de rehabilitación en Centros Comunitarios de Rehabilitación, programas de visitas domiciliarias, de salud oral, de envejecimiento activo y saludable, programas sociales del Servicio Nacional del Adulto Mayor y del Servicio Nacional de Discapacidad, etc. Muchas veces, los usuarios no saben dónde acudir para solicitar ayuda y se requieren de profesionales que les orienten y ayuden a gestionar sus necesidades en salud.

Es importante, en tercer lugar, fortalecer los conocimientos al mismo tiempo que se da un respiro a los cuidadores, un pilar fundamental de la salud en la comunidad. El perfil epidemiológico de Chile está en proceso de transición y las enfermedades crónicas no transmisibles se hacen cada vez más presentes, impactando con cambios en los estilos de vida y también en la funcionalidad y autovalencia de las personas, así como el aumento de la expectativa de vida. Muchas veces, en cosas muy básicas, los cuidadores y familiares se sienten desprotegidos en cuanto a conocimientos y agotados. Acciones que apunten a su capacitación fortalece el recurso humano de estos individuos y puede mejorar los outcomes de las personas a las que cuidan.

Mientras muchas personas tienen cuidadores particulares, otras son dejadas en centros de larga estadía. Es necesario que las distintas direcciones de Salud Municipal, Servicios de Salud y ministerios de Salud y Desarrollo Social, generen acciones para mejorar las condiciones de vida de personas institucionalizadas. Este proyecto está completamente abierto a cambiarse y adaptarse a esta población objetivo, ayudando en la formación de cuidadores y mejorando la calidad de vida de aquellos que no tienen la suerte de tener personas específicas a cargo de su salud.

Finalmente, la disfagia es un problema que ha adquirido lentamente más relevancia. La incorporación de fonoaudiólogos, logopedas, especialistas de la deglución y lenguaje, ortofonistas y estomatólogos en distintos servicios de salud a lo largo del mundo, dan cuenta de la importancia de la deglución. La alimentación por boca no tan sólo cumple un rol fisiológico importante, sino que construye pensamientos, reúne a la gente en torno a la comida, tiene historicidad y carga simbólica. Ver este proceso tan básico con una perspectiva biopsicosocial debe ser la principal motivación para que instituciones públicas, privadas y profesionales de todos los ámbitos construyan conocimiento e intervenciones, creando indicadores, investigando y rescatando las mejores prácticas en salud.

12. REFERENCIAS

1. Shaker R, Belafsky P, Postma G, Easterling. Principles of Deglutition [Internet]. 2013. 411-420 p. Available from:
<http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-1-4614-3794-9>
2. Logemann JA. Evaluating and Treatment of Swallowing Disorders. Natl Student Speech Lang Hear Assoc. 1984;38–50.
3. Fujii N, Inamoto Y, Saitoh E, Baba M, Okada S, Yoshioka S, et al. Evaluation of swallowing using 320-detector-row multislice CT. Part I: Single- and multiphase volume scanning for three-dimensional morphological and kinematic analysis. *Dysphagia*. 2011;26(2):99–107.
4. Cichero J, Murdoch B. *Dysphagia: Foundation, Theory and Practice*. 2006. 580 p.
5. Mankekar G. *Swallowing - Physiology, Disorders, Diagnosis and Therapy*. 2015. 1-218 p.
6. Avilés JD, Gañán L, Martín S. *Disfagia orofaríngea en población geriátrica*. Fund. Universitaria San Antonio, editor. CAM Publicaciones; 2010. 48 p.
7. Groher ME, Crary MA. *DYSPHAGIA Clinical Management in Adults and Children*. Second Edi. Elsevier; 2010. 386 p.
8. Domenech E, Kelly J. *SWALLOWING DISORDERS*. 1999;83(1):97–113.
9. Morley JE. Dysphagia and Aspiration. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2015;16(8):631–4. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.05.022>
10. Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke : a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2006;143–9.
11. Brodsky MB, Suiter DM, González-Fernández M, Michtalik HJ, Frymark TB, Venediktov R, et al. Screening Accuracy for Aspiration Using Bedside Water Swallow Tests. *Chest* [Internet]. 2016 Jul [cited 2017 Aug 7];150(1):148–63. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369216485466>

12. Marrie TJ. Community-Acquired Pneumonia in the Elderly. *Clin Infect Dis*. 2000;31:1066–78.
13. Verin E, Clavé P, Bonsignore MR, Marie JP. Oropharyngeal dysphagia : when swallowing disorders meet respiratory diseases. 2017; Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.02530-2016>
14. Torres A, Peetermans WE, Viegi G, Blasi F. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. *Thorax* [Internet]. 2013;68(11):1057–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24130229> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3812874>
15. Pace CC, McCullough GH. The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: Review and recommendations. *Dysphagia*. 2010;25(4):307–22.
16. John E Stupka, Eric M Mortensen, Antonio Anzueto MIR. Community-acquired pneumonia in elderly patients. *Aging health*. 2009;5(6):763.
17. Ministerio de Salud Chile. Principales causas de muerte según sexo mayores de 65 años, Chile y Regiones. 1997-2011 [Internet]. 2016. Available from: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2014/01/Serie-Principales-causas-de-muerte-según-sexo-mayores-de-65-años.-Chile-y-Regiones.-1997-2011.xlsx>
18. Namasivayam AM, Steele CM. Malnutrition and Dysphagia in long-term care: a systematic review. *J Nutr Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015;34(1):1–21. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21551197.2014.1002656> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25803601>
19. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012;7:287–98.
20. Favaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Adv Nutr An Int Rev J* [Internet]. 2016;7(3):507–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27184278> <http://www.pubmedcentral>

- .nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4863272%5Cnhttp://advances.nutrition.org/cgi/doi/10.3945/an.115.011254
21. NHS. Causes of malnutrition [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 1]. Available from: <http://www.nhs.uk/Conditions/malnutrition/Pages/causes.aspx>
 22. Oates LL, Price CI. Clinical assessments and care interventions to promote oral hydration amongst older patients: a narrative systematic review. *BMC Nurs* [Internet]. 2017;16(1):4. Available from: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0195-x>
 23. Crary MA, Carnaby GD, Shabbir Y, Miller L, Silliman S. Clinical Variables Associated with Hydration Status in Acute Ischemic Stroke Patients with Dysphagia. *Dysphagia*. 2016;31(1):60–5.
 24. Carrillo-Ñáñez L, Muñoz-Ayala MP, Carrillo-García PL. Neumonía aspirativa en pacientes adultos mayores Aspiration pneumonia in the elderly patients. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2013;26(2):71–8.
 25. Farri A, Accornero A, Burdese C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2007;27(2):83–6.
 26. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17(2):139–46.
 27. Zaldibar-Barinaga MB, Miranda-Artieda M, Zaldibar-Barinaga A, Pinedo-Otaola S, Erazo-Presser P, Tejada-Ezquerro P. Versión española del Swallowing Quality of Life Questionnaire: fase inicial de adaptación transcultural. *Rehabilitacion* [Internet]. 2013;47(3):136–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.03.002>
 28. Wallace T. The Cost of Thickened Liquids [Internet]. *Dysphagia Ramblings*. 2016 [cited 2017 Jan 1]. Available from: <https://dysphagiaramblings.net/2016/06/14/the-cost-of-thickened-liquids/>
 29. Bonilha HS, Simpson AN, Ellis C, Mauldin P, Martin-Harris B, Simpson K. The one-year attributable cost of post-stroke dysphagia. *Dysphagia*. 2014;29(5):545–52.

30. Banco Central de Chile. Tipo de cambio nominal, peso-distintas monedas extranjeras, promedios mensuales (1) [Internet]. 2017. Available from: http://si3.bcentral.cl/estadisticas/Principal1/informes/BOLETIN/listado/bi016_Coment.pdf
31. O'Horo JC, Rogus-Pulia N, Garcia-Arguello L, Robbins J, Safdar N. Bedside diagnosis of dysphagia: A systematic review. *J Hosp Med* [Internet]. 2015 Apr;10(4):256–65. Available from: <http://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/127044/bedside-swallow-examination-review>
32. Osawa A, Maeshima S, Tanahashi N. Water-swallowing test: Screening for aspiration in stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2013;35(3):276–81.
33. Rofes L, Arreola V, Clavé P. The Volume- Viscosity Swallow Test for Clinical Screening of Dysphagia and Aspiration. *Nestlé Nutr Inst Work*. 2012;72:33–42.
34. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008;27(6):806–15.
35. Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2011;2(6):356–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.007>
36. Logemann JA. Dysphagia: Evaluation and Treatment. *Folia Phoniatr Logop*. 1995;47:140–64.
37. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más. Ser Guías MINSAL [Internet]. 2013;1–130. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>
38. ASHA. Adult Dysphagia: Treatment [Internet]. ASHA Practice Portal. [cited 2017 Aug 16]. Available from: <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942550§ion=Treatment>
39. Jansson-Knodell CL, Codipilly DC, Leggett CL. Making Dysphagia Easier to

- Swallow. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017;92(6):965–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.03.021>
40. World Bank. Población de 65 años y más (% del total) [Internet]. BM Datos. 2017 [cited 2017 Aug 16]. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
 41. World Bank. Población, total [Internet]. BM Datos. 2017 [cited 2017 Aug 16]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>
 42. Wirth, Rainer; Dziewas, Rainer; Beck, Anne Marie; Clave, Pere; Shaheen H et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. 2016;11:189–208.
 43. Dziewas R, Beck AM, Clave P, Hamdy S, Heppner HJ, Langmore SE, et al. Recognizing the Importance of Dysphagia: Stumbling Blocks and Stepping Stones in the Twenty-First Century. *Dysphagia*. 2017;32(1):78–82.
 44. Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. *Postgr Med J*. 2006;82:383–91.
 45. Carnaby-Mann G, Lenius K, Crary M. Update on Assessment and Management of Dysphagia Post-Stroke. *Northeast Florida Med*. 2007;58(2):31–4.
 46. Mourão AM, Lemos SMA, Almeida EO, Vicente LCC, Teixeira AL. Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *CoDAS* [Internet]. 2016;28(1):66–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000100066&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/codas/v28n1/en_2317-1782-codas-28-01-00066.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/codas/v28n1/2317-1782-codas-28-01-00066.pdf
 47. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, et al. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: Incidence, Diagnosis, and Clinical Predictors in Patients Admitted to a Neurorehabilitation Unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2009;18(5):329–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.01.009>

48. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2013;56(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.011>
49. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015. London, UK. Alzheimer's Dis Int [Internet]. 2015;87. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
50. OMS y Alzheimer's Disease International (ADI). Dementia: a public health priority. Demencia. 2013. 103 p.
51. Pauloski BR. Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer. Phys Med Rehabil Clin N Am [Internet]. 2008;19(4):889–928. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.010>
52. Ministerio de Salud de Chile. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011. 1-426 p.
53. WHO. Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021 [Internet]. Discapacidades y rehabilitación. [cited 2017 Aug 21]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/es/>
54. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. J Chem Inf Model. 2015;53(9):1689–99.
55. Organization WH, UNESCO, Organization IL, Consortium IDD. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC componente Salud. Organ Mund la Salud [Internet]. 2012;80. Available from: https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44809%5Cn%5Cthttp://www.who.int/iris/handle/10665/44809%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/3/9789243548050_Salud_spa.pdf
56. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Egresos Hospitalarios [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 23]. Available from: http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm

57. d'Empaire G. Calidad De Atención Médica Y Principios Éticos. *Acta Bioeth.* 2010;16(2):127–32.
58. Arvedson JC, Lazarus C, Lundy DS, Mccullough G, Newman L, Swigert NB. Roles of Speech-Language Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders : Technical Report Dysphagia. *Am Speech-Language-Hearing Assoc.* 2015;1–38.
59. MINSAL. Neumonía adquirida en la comunidad en adultos de 65 años y más. Manejo ambulatorio. *Ser Guías clínicas Minsal.* 2011;25.
60. Almirall J, Rofes L, Serra-Prat M, Icart R, Palomera E, Arreola V, et al. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *Eur Respir J.* 2013;41(4):923–6.
61. Esclerosis Múltiple Chile. Preguntas frecuentes [Internet]. Acerca de la EM. [cited 2017 Aug 23]. Available from: <http://www.esclerosismultiplechile.cl/Preguntas-frecuentes/>
62. Ministerio de Salud Chile. Esclerosis Múltiple. 2010.
63. Calcagno P, Ruoppolo G, Grasso MG, De Vincentiis M, Paolucci S. Dysphagia in multiple sclerosis – prevalence and prognostic factors. *Acta Neurol Scand.* 2002;105(1):40–3.
64. Ministerio de Salud Chile. Guías Clínicas AUGÉ Enfermedad de Parkinson Tratamiento No Farmacológico de Rehabilitación. 2016.
65. Chaná C P, Jiménez C M, Díaz T V, Juri C. Mortalidad por enfermedad de Parkinson en Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2013;141(3):327–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23900323>
66. Tjaden K. Speech and Swallowing in Parkinson ' s Disease. *Top Geriatr Rehabil.* 2008;24(2):115–26.
67. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Defunciones y Mortalidad por Causas [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 23]. Available from: <http://www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-por-causas/>
68. Ministerio de Salud Chile. Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010 [Internet]. 2012. Available from:

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj0vNnZIPLVAhVFlxoKHVmRCNAQFggsMAA&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fportal%2Furl%2Fitem%2Fbcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf&usg=AFQjCNFPWCKaH7D4hhUv5yQ6Hc8ycVL_1A

69. Instituto Nacional de Estadística de Chile. Adulto Mayor en Chile. Subdepartamento de Estadísticas Demográficas [Internet]. 2007;4. Available from:
http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf
70. Ministerio de Salud Chile. Salud Oral Integral Para Adultos De 60 Años [Internet]. Ministerio de Salud. 2010. 2-118 p. Available from:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
71. Ortega O, Parra C, Zarcero S, Nart J, Sakwinska O, Clavé P. Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia. *Age Ageing*. 2014;43(1):132–7.
72. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica Traumatismo Cráneo Encefálico moderado o grave. Ser Guías MINSAL [Internet]. 2013;1–71. Available from:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
73. Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A, et al. Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: Results from a national survey. *J Crit Care* [Internet]. 2012;27(6):578–86. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.07.016>
74. Fernández-Carmona A, Peñas-Maldonado L, Yuste-Osorio E, Díaz-Redondo A. Exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. *Med Intensiva*. 2012;36(6):423–33.
75. MINSAL. Documento preliminar para la elaboración del plan nacional para las demencias. 2015;41. Available from:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN_DEMENCIA_final.pdf
76. Ministerio de Salud Pública Chile. Código Sanitario Decreto con Fuerza de Ley N°725. 2016.

77. Ministerio de Salud Chile. Norma General Técnica N°171 sobre Auditorías de Defunciones por Neumonía en Domicilio. Santiago; 2014. p. 40.
78. DEIS. Población Inscrita en Establecimientos de Atención Primaria de Salud [Internet]. 2013. Available from: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/04/población-inscrita-FONASA-2012.xlsx>
79. Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social. Plan de Salud Comunal Valparaíso 2015-2017 [Internet]. Valparaíso; 2015. Available from: <http://200.24.233.38/salud/joomlatools-files/docman-files/PSC 2015-2017.pdf>
80. Ministerio de Salud Chile. Más Sonrisas para Chile [Internet]. Información. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://web.minsal.cl/mas-sonrisas-para-chile/>
81. FONASA. Prestaciones PAD [Internet]. www.fonasa.cl. [cited 2017 Aug 1]. Available from: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/pad/prestacioneslistado>
82. Ministerio de Salud Chile. Ley Num. 20.584 REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD. 20.584; 2012.
83. Corporación Municipal de Valparaíso. Creación del Comité de Ética Asistencial Cormuval [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 1]. Available from: <http://www.cmvalpo.cl/v2/?p=13104>
84. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Comité Ético-Científico Servicio de Salud Valparaíso San Antonio [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 1]. Available from: <http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/?p=9571>
85. CIOMS, OMS. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS [Internet]. Ginebra; 2002. Available from: <http://www1.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>
86. Corporación Municipal de Valparaíso. 04. Personal y remuneraciones: Personal a Contrata. Área de Salud. 2016. Noviembre [Internet]. Valparaíso; 2016. Available from: <https://www.portaltransparencia.cl/PortalPdT/pdтта-/ta/CM015/PR/PCONT/8771291>

87. Departamento de Hidrocarburos. Precio Promedio por Combustible [Internet]. Precio Promedio. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://reportes.cne.cl/reportes?c>
88. La Tercera. Los diez autos más vendidos en 2016 en Chile. MT Online [Internet]. 2017 Jan 11; Available from: <http://mtonline.cl/2017/01/los-diez-autos-mas-vendidos-en-2016-en-chile/>
89. Bip Computer Store®. Notebook X441UA i3-6006U 4GB 1TB 14" Win 10 pn: X441UA-WX085T [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: https://www.bip.cl/ecommerce/index_2.php?modulo=busca&id_producto=22318#.WaUqEyjyIU
90. Sodimac®. Frigobar Erd05W5Mns Electrolux [Internet]. sodimac.cl. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www.sodimac.cl/sodimac-cl/product/2882388/Frigobar-Erd05W5Mns/2882388>
91. Líder®. Noglut, Pan de Molde sin Gluten [Internet]. www.lider.cl. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <https://www.lider.cl/supermercado/product/Noglut-Pan-de-Molde-sin-Gluten/700133>
92. Líder®. Nestlé, Compota sabor manzana Nestlé pote [Internet]. www.lider.cl. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <https://www.lider.cl/supermercado/product/Nestlé-Compota-sabor-manzana-Nestlé-Pote/311951>
93. Jumbo Cencosud. Cucharas de mesa Krea [Internet]. www.jumbo.cl. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www.jumbo.cl/FO/CategoryDisplay?cab=4015&int=5&ter=3978>
94. Librería Nacional. Papel Carta 500hjs EQUALIT Multipropósito [Internet]. www.nacional.cl. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www.nacional.cl/papel-multipro-carta-equalit-500hjs.html>
95. Líder®. Paper Mate, Lápiz Pasta Inkjoy AZx10 [Internet]. www.lider.cl. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <https://www.lider.cl/supermercado/product/Paper-Mate-Lápiz-Pasta-Inkjoy-AZ-X-10-/499794>

96. Jumbo Cencosud. Colon, Archivador Oficio [Internet]. www.jumbo.cl. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www.jumbo.cl/FO/CategoryDisplay?patron=archivador colon burdeo>
97. Alvear S, Canteros J, Jara J, Rodríguez P. [Real daily costs of patients admitted to public intensive care units]. *Rev médica Chile* [Internet]. 2013;141(2):202–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=e

13. ANEXOS

	Página
ANEXO 1 Anamnesis fonoaudiológica	85
ANEXO 2a Consentimiento informado: resguardo para participantes	87
ANEXO 2B Ficha de consentimiento informado	90
ANEXO 3 Cuestionario de Eckberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hanning y Ortega (2002), adaptado de Gustafsson y Tibblin (1991). Traducción de Pino (2017).	93
ANEXO 4 Material de difusión. Modelo par pendón y afiches	96
ANEXO 5a Manual de formación para profesionales. Elaboración propia.	97
ANEXO 5b Manual de formación para pacientes y cuidadores. Elaboración propia.	117
ANEXO 6 Cotizaciones	132

ANEXO 1:

Anamnesis fonoaudiológica

Adaptada de anamnesis de “Alteraciones deglutorias de sujetos del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa de la Comuna de Casablanca”

Bello, F; Marmolejo, B; Pino, S; Vallejo, R (2003)

1. DATOS PERSONALES

Nombre : _____

Fecha de nacimiento : _____ Edad : _____ Fecha de evaluación : _____

Domicilio : _____ Teléfono : _____

Lectoescritura : Sí ☐ No ☐ Lateralidad : Izquierda ☐ Derecha ☐

Escolaridad : No ☐ Básica incompleta ☐ Básica completa ☐ Media incompleta ☐
Media completa ☐ Superior incompleta ☐ Superior completa ☐

Última Ocupación : _____

Estado civil : Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐

N° de personas con las que vive : _____

Nombre del cuidador o cuidadora : _____ Relación con el o la paciente : _____

Fecha de ingreso al programa : _____

2.- ANTECEDENTES CLÍNICOS

Mórbidos : HTA ☐ Tabaquismo ☐ Diabetes ☐ RLF ☐

NAC : No ☐ Sospecha ☐ Sí ☐ Fecha del evento _____

Estado de conciencia : Vigil ☐ Somnoliento ☐ Coma ☐

Disartria : Sí ☐ No ☐

Afasia : Sí ☐ No ☐

Comprensiva ☐ Expresiva ☐ Mixta ☐

Diagnóstico neurológico : _____

Hemiplejia ☐ Hemiparesia ☐ Derecha ☐ Izquierda ☐

Otro : _____

Traqueostomía : Sí ☐ No ☐ Anterior ☐

Oxígeno terapia : Sí ☐ No ☐

Prótesis dental : Sí ☐ No ☐

Parcial ☐ Total ☐

3.- ALIMENTACIÓN

Parenteral ☐

Enteral ☐ SNG ☐ Total ☐ Parcial ☐

Oral ☐ Parcial ☐ Total ☐

para Líquido ☐ Semi-líquido ☐ Sólido ☐ Sólido suave ☐

Sólido prepicado ☐ Sólido natural ☐

Asistida ☐ Bajo control ☐ Autónoma ☐

Preferencias alimentarias : _____

Observaciones : _____

Nombre y firma del evaluador

ANEXO 2a

Consentimiento informado para participantes del programa

La finalidad del presente documento es invitarlo a participar en el programa titulado “PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN” ejecutado en Centros de Salud Familiar de la Comuna de Valparaíso, coordinado por el profesional Sebastián Gabriel Pino Hidalgo, de profesión Fonoaudiólogo, RUT 16.012.184-K. Para poder tomar una decisión informada sobre su participación, a continuación se explican todos los procedimientos relacionados con su ejecución.

1. Esta intervención se realizará en la Comuna de Valparaíso durante el año 20__ y tendrá una duración de 9 a 12 meses.
2. Esta intervención corresponde a un programa piloto, es decir, será la primera vez que se ejecuta en el contexto del Centro de Salud Familiar para probar la efectividad de esta propuesta técnica.
3. La finalidad de esta intervención es evaluar de qué forma se alimenta o cómo es alimentado, en el caso de no hacerlo de forma autónoma, para determinar si estos procedimientos no implican un riesgo para usted, y guiarle, ya sea a usted o a la persona a cargo de su cuidado, en realizarlos de tal forma que su alimentación sea eficiente, segura y nutritiva.
4. Los procedimientos de esta intervención implican la evaluación, terapia y tanto la educación a personas con diagnóstico de disfagia o a sus cuidadores, según sea el caso, como la capacitación en disfagia al equipo profesional, para asegurar que se puedan atender todas sus inquietudes.
5. Conforme al marco jurídico chileno estipulado en la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Atención en Salud, todos los datos obtenidos serán resguardados por el equipo profesional del Centro de Salud Familiar, asegurando su confidencialidad.
6. La anamnesis fonoaudiológica y los resultados de la evaluación, así como las observaciones realizadas por el profesional fonoaudiólogo tanto en la evaluación inicial como en las posteriores atenciones, serán adjuntadas a su ficha de usuario del Centro de Salud Familiar.
7. La evaluación de disfagia a realizar no implica mayores riesgos para la salud. Sin embargo, podrían presentarse episodios de tos, apnea, fiebre, cambios en la voz o

reflujo del alimento después de ingerir el alimento. Todos estos son signos que indican la presencia de disfagia.

8. Esta intervención no tendrá costo para usted, puesto que se desarrollará dentro de la cartera de prestaciones del Centro de Salud Familiar al cual usted suscribe.
9. Usted tiene derecho a manifestar sus inquietudes y exigir a los profesionales del equipo de salud que se le aclaren, puesto que el programa ha implicado la capacitación de éstos.
10. Usted tiene derecho a retirarse voluntariamente del programa en cualquier momento, previo aviso al coordinador de este. Esta decisión no interferirá en cualquier otro programa del Centro de Salud Familiar en el cual usted participe.
11. Para fines estadísticos y para resguardar su identidad, en lugar de su nombre se le asignará un código numérico. Los números serán correlativos dependiendo del tiempo en el que haya sido reclutado como participante y no tendrá relación alguna con su número de ficha de paciente del Centro de Salud Familiar. Estos datos serán agregados a una planilla excel a la cual sólo tendrán acceso el profesional a cargo del programa y el director del servicio.
12. Los resultados finales podrán ser utilizados o divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, con la venia del director del servicio, por los miembros del equipo u otros profesionales previamente autorizados con la finalidad de profundizar el conocimiento acerca de intervenciones que disminuyan el riesgo de complicaciones producidas por disfagia, resguardando la identidad de los participantes.
13. Si decide participar en el programa, recibirá como resguardo una copia de este documento debidamente firmado por el coordinador del programa.
14. De la misma forma que en el punto 11, usted o la persona a su cargo, deben firmar una ficha de consentimiento informado al ingresar a este programa de intervención. Esta ficha no tendrá otra finalidad que dejar constancia por escrito que se le ha informado en qué consiste el programa y cuáles son las implicaciones para su salud. Dicho documento será añadido a su ficha personal.
15. Para las personas que se encuentren con algún grado de dependencia y necesiten asistencia de un cuidador, se requerirá un poder simple del familiar a cargo para llenar la ficha de consentimiento informado.

16. Toda la documentación presentada ha sido debidamente cumplimentada y revisada por el Comité de Ética Asistencial del área de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso

Flgo. Sebastián Gabriel Pino Hidalgo
RUT: 16.012.184-K
Reg. Sup. Salud: 290438

Valparaíso, ____ de _____ del 20__

ANEXO 2b

Ficha de consentimiento informado para pacientes

Yo _____, RUT _____ - ___, declaro que el equipo de profesionales dirigidos por Sebastián Gabriel Pino Hidalgo, de profesión fonoaudiólogo, me han informado en forma completa en qué consiste la intervención NOMBRE FINAL DE LA INTERVENCIÓN y cuáles son los procedimientos a realizar. De acuerdo al consentimiento informado, del cual he recibido una copia firmada por el profesional encargado del programa, he entendido que:

1. Por pertenecer al programa NOMBRE FINAL DE LA INTERVENCIÓN y cumplir con los criterios de inclusión, seré evaluado por el profesional encargado de dicha tarea para determinar cómo es mi alimentación, y si esta es nutritiva, eficaz y segura. Los resultados de estos, así como las observaciones del profesional, serán anexados a la ficha clínica del CESFAM al cual pertenezco.
2. Al apuntarme como participante del programa NOMBRE FINAL DE LA INTERVENCIÓN recibiré, de forma oral y escrita, las indicaciones que el equipo profesional estime conveniente respecto a la forma de alimentación más adecuada para mi bienestar. De igual manera, se me hará entrega de una copia de un “consentimiento informado”, donde se listan una serie de acciones a realizar durante la intervención.
3. El objetivo de este programa es disminuir las complicaciones en salud generadas por la presencia de disfagia, la dificultad de llevar el alimento de la boca al estómago, trabajando sobre los factores de riesgo desde la educación a pacientes y cuidadores.
4. Mi participación en este programa es de forma completamente voluntaria y podré retirarme en cualquier momento, no afectando mi atención regular en el CESFAM ni mi participación en cualquier otro programa de salud ofrecido por este. Esta decisión deberé informarla de manera oportuna al profesional a cargo, Sebastián Gabriel Pino Hidalgo, fonoaudiólogo.
5. Mi participación consistirá en una evaluación donde se observará de qué manera consumo o, en caso de requerir asistencia, se me suministra el alimento. También implica distintos talleres donde se nos enseñará qué es la disfagia, cuáles son sus riesgos y cómo podemos sobrellevarla, además de compartir experiencias con

- otros participantes. Finalmente, se realizarán atenciones individuales donde se verificarán los aprendizajes de los talleres y se reforzarán técnicas y contenidos.
6. Tanto la evaluación como las atenciones individuales no implican mayores riesgos para mi salud. Sin embargo, entiendo que durante algunas de estas actividades podré presentar tos o ataque de tos, apnea, fiebre, reflujo del alimento o cambios en la voz, todos considerados signos de disfagia.
 7. Se me ha informado que en caso de cualquier complicación durante la evaluación o en sesiones individuales, ya sea física o emocional, se pondrá en marcha un plan de acción el cual ha sido revisado por el encargado del programa y el director del CESFAM. En caso de que la atención se realice en el domicilio, se procederá a derivar a un centro asistencial en caso de ser necesario.
 8. Todos los datos obtenidos serán confidenciales de acuerdo a lo estipulado en la Ley 20.584 y serán añadidos a mi actual ficha clínica. Podrán acceder a verlos solamente profesionales previamente autorizados, el paciente o el cuidador con la debida autorización del profesional responsable.
 9. Los datos obtenidos serán codificados con números correlativos dependiendo del tiempo en que se me haya incluido en el programa NOMBRE FINAL DE LA INTERVENCIÓN, no teniendo relación con mi nombre ni algún otro dato personal. Para fines estadísticos, estos datos serán traspasados a una hoja de cálculo en computador.
 10. Los resultados ya codificados e ingresados en la hoja de cálculo podrán ser divulgados en contextos y publicaciones académico-científicas, resguardando mi identidad de acuerdo al marco jurídico vigente. Además, como participante del programa podré acceder a dichos resultados si lo solicito.
 11. Mi participación en este programa piloto no implica remuneración alguna, así como tampoco implica algún costo.
 12. Mi participación en este programa no interferirá en ninguna otra actividad asistencial o programa del CESFAM del cual ya soy parte.

13. Ante cualquier duda, estas pueden ser resueltas por cualquier profesional que participe del programa, puesto que entiendo que han sido capacitados para resolver todas mis inquietudes.

Dicho lo anterior, firmo aceptando mi participación en esta intervención.

Nombre, apellidos y firma del
participante*

Huella dactilar

RUT:

Flgo. Sebastián Gabriel Pino Hidalgo

RUT: 16.012.184-K

Reg. Sup. Salud: 290438

Valparaíso, __ de _____ de 20__

*Ambos escritos son en el supuesto de la aprobación del Comité de Bioética. Es por ello que no se hace mención de fecha de aprobación ni folio del documento donde se decreta la aprobación del proyecto.

**En caso de que el participante vea disminuida su autonomía, si el firmante es el familiar responsable, debe adjuntar una fotocopia de su carnet de identidad. En caso de ser un cuidador que no cumpla con ese criterio, debe adjuntar un poder simple del familiar responsable con una fotocopia del carnet de identidad tanto del familiar responsable como del propio cuidador.

ANEXO 3

Cuestionario de Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hanning y Ortega (2002) adaptado de Gustafsson & Tibblin (1991). Traducción de Pino (2017)

1.	Antecedentes			
1.	¿Sexo? (Nota al entrevistador: no es necesario preguntar)			
	Hombre	<input type="checkbox"/>		
	Mujer	<input type="checkbox"/>		
2.	¿Edad? (Nota al entrevistador: preferiblemente adultos mayores de 65 años)			
	55-59 años	<input type="checkbox"/>		
	60-64 años	<input type="checkbox"/>		
	65-69 años	<input type="checkbox"/>		
	70-74 años	<input type="checkbox"/>		
	75-79 años	<input type="checkbox"/>		
	80 años o más	<input type="checkbox"/>		
	No desea informar edad	<input type="checkbox"/>		
3.	Las personas con problemas para tragar experimentan distintos efectos o síntomas. ¿Experimenta usted usualmente alguno de los siguientes? (Nota al entrevistador: pregunta de screening. Para remarcar, asegurarse que el problema tiene al menos una semana)			
	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>		
	Molestia en la garganta	<input type="checkbox"/>		
	Dolor al tragar	<input type="checkbox"/>		
	Comida se pega en la garganta/Atragantamiento	<input type="checkbox"/>		
	Incapacidad para tragar líquidos	<input type="checkbox"/>		
	Tos persistente o garganta adolorida	<input type="checkbox"/>		
	Acidez estomacal/Reflujo	<input type="checkbox"/>		
2.	Hábitos alimenticios (“El siguiente par de preguntas tienen que ver con tus hábitos alimenticios y cómo los problemas para tragar afectan tu alimentación...”)			
		Sí	No	No sabe
4.	¿Necesita asistencia personal para alimentarse? (Indagar qué tan seguido, como en la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Hay alimentos que quisiera consumir pero no puede debido a los problemas para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Come menos debido al malestar al alimentarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Sigue hambriento o sediento después de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Ha cambiado la consistencia de su comida para poder ayudarlo a consumirla? ¿De qué manera? (Continuar con lo siguiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortada en pedazos más pequeños		<input type="checkbox"/>	
	Espesada o molida		<input type="checkbox"/>	

3. Sentimientos personales e importancia <i>La siguiente serie de preguntas trata sobre cómo su debilitada habilidad para tragar alimentos ha afectado su vida diaria y qué significa para usted tener estos problemas. Por favor, tenga en cuenta que algunas de estas preguntas pueden ser de naturaleza personal, de todas formas, deseamos que responda lo más sinceramente posible</i>				
9.	En general, ¿cree que comer debe ser una experiencia para disfrutar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
10.	¿Diría usted que comer es una parte que disfruta durante su día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	En caso que no, ¿se debe a su malestar para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Le molestan sus problemas para tragar durante las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	En caso de sí (pregunta 12), ¿evita comer con otros debido a su condición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	En caso de sí (pregunta 12), ¿se siente avergonzado por esta condición a la hora de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	En caso de sí (pregunta 12), ¿experimenta ansiedad o pánico durante las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Diría usted que sus dificultades para tragar hacen que disfrute menos su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Buscando ayuda <i>Las siguientes preguntas se relacionan con cualquier comunicación que haya tenido sobre su problema para tragar y si es que ha recibido algún tratamiento para su condición</i>				
17.	¿Le ha preguntado un médico o una enfermera sobre su molestia al tragar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
18.	En caso de no (pregunta 17), ¿Le ha preguntado usted a un médico o enfermera sobre su molestia al tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿Ha hablado con cualquiera de sus parientes sobre sus molestias al tragar? (Por ejemplo: esposa(o), hermanos(as), hijos(as) y sus parejas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	En caso de no (preguntas 18 o 19), ¿por qué no? (Por ejemplo: lo encuentra vergonzoso, le da miedo, es parte de envejecer, no puede ser tratado) <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	¿Cree que sus problemas para tragar son tratables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Hace algo usted mismo para aliviar su condición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. En caso de sí, ¿qué hace? (proponer:) Comer y tragar más lentamente Tomar sorbos de líquido entre los bocados Masticar por más tiempo antes de tragar Otras, por favor mencionar: <hr/> <hr/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24. ¿Recibe algún tipo de tratamiento/terapia por un profesional de salud para su problema al tragar? <i>(Por ejemplo: terapia de movimiento con logopeda/fonoaudiólogo, cirugía)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estado Médico <i>Las últimas preguntas son sobre su estado médico. (Nota al entrevistador: consultar a otros profesionales de salud para verificar información)</i>			
	Sí	No	No Sabe
25. ¿Ha perdido peso durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Ha sido diagnosticado con problemas para tragar (disfagia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Padece usted alguna condición médica seria? <i>(Nota al entrevistador: ACV, Parkinson, demencia tipo Alzheimer, esclerosis múltiple, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. En caso de sí (pregunta 27), ¿Cuál? (Por favor mencionar) <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 4:

MATERIAL DE DIFUSIÓN

Diseño preliminar, pendón de 1,00 x 1,80 mts

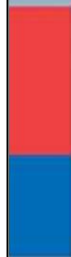
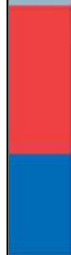
Afiche de 0,33 x 0,48 mts



*Diseño propio. El modelo del afiche es referencial.

ANEXO 5a

- Manual de capacitación para profesionales: Instrumento de estudio referencial para el profesional de APS colaborador del Programa de Promoción de Seguridad en la Deglución. Consta de 36 páginas donde se habla de forma técnica, pero sencilla, sobre el problema de la disfagia. Orienta al profesional con recomendaciones para el paciente o cuidadores/as de la persona con disfagia orofaríngea.
- Tamaño: 14x21 cms (cerrado), 2 corchetes al lomo.
- Este manual está sujeto a cambios en cuanto a su contenido, extensión, formato o aspectos estéticos. Es solo referencial.



PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN



Manual del Profesional de APS

Una iniciativa local con el apoyo de:



Programa de Promoción de Seguridad en la Deglución
Manual para Profesionales

Manual creado por Sebastián Pino Hidalgo
Diseño de portada por Sebastián Pino Hidalgo
Traducciones por Sebastián Pino Hidalgo

Este programa corresponde a una iniciativa local que cuenta con el apoyo de:
-Gobierno Regional de Valparaíso
-Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio
-Corporación Municipal de Valparaíso

Septiembre de 2017

INTRODUCCIÓN

La alimentación por boca es una de las actividades más importantes del reino animalia, entre los organismos eucariontes. De aquí sacan los nutrientes necesarios para su desarrollo en procedimientos altamente complejos y variables de especie en especie.

Para los humanos, es particularmente complejo. Ya no desde los aspectos biológicos, sino desde una perspectiva social y personal. El lenguaje es una función cognitiva que nos ayuda a crear representaciones del mundo dando significados y simbolismos a distintos aspectos de nuestra realidad, no quedando ajeno a esto la actividad de alimentarse.

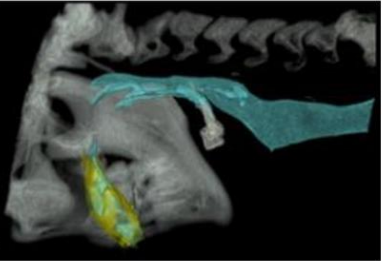
Este programa trata de ser un aporte a uno de los cientos de temas de salud en el Chile de hoy. Consiste en un programa piloto que busca promover, desde la plataforma de APS, el manejo de los problemas de deglución tomando en cuenta el contexto del individuo y sus realidades, ayudando a reducir la morbilidad de complicaciones asociadas a este trastorno del tránsito de la comida desde la boca al estómago.

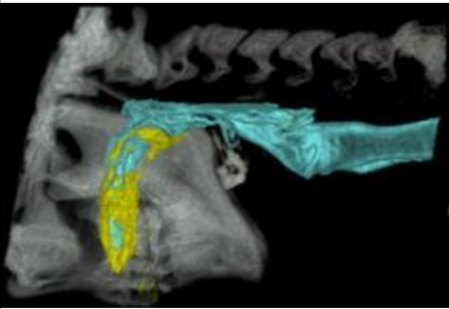
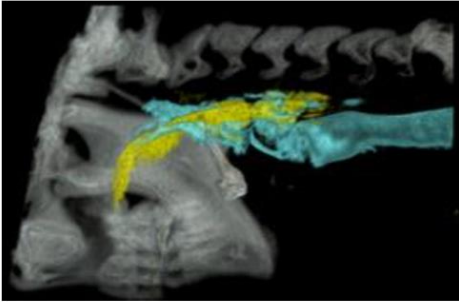
DEGLUCIÓN

La deglución es una actividad que involucra un rápido y altamente coordinado de acciones neuromusculares de distintos componentes del tracto digestivo⁽¹⁾. Involucra una gran cantidad de estructuras anatómicas desde el sistema nervioso, central y periférico, hasta el sistema estomatognático y respiratorio.

La deglución es un proceso que consta de distintas etapas que describen el tránsito del bolo alimenticio desde el momento en que ingresa por la boca hasta el esófago. Logemann describe 4 etapas⁽²⁾,

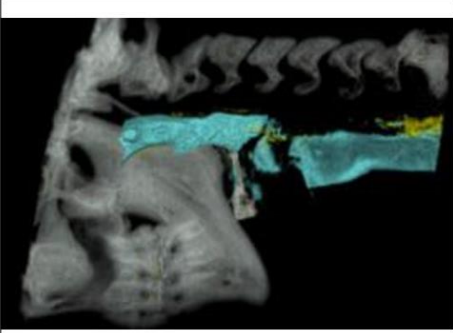
Tabla: Etapas de la deglución (Logemann, 1984)

Etapa preparatoria oral:	
	• Sello labial para evitar que el alimento se escape fuera de la cavidad oral
	• Movimientos mandibulares para cortar, desgarrar y moler el alimento
	• Tensión muscular en las mejillas para evitar que el alimento caiga en el vestíbulo
	• Movimientos linguales para mezclar el alimento con saliva y evitar que se escape
	• Presión del alimento contra el paladar

Etapa oral:	
	• Lengua propulsiona bolo hacia su zona dorsoposterior mediante movimientos ondulatorios
	• La lengua se presiona contra el paladar hasta que el bolo alcanza los pilares faríngeos
	• Comienza a gatillarse el reflejo deglutorio
Etapa faríngea	
	• Se cierra el esfínter velofaríngeo para evitar que el alimento ingrese a la cavidad nasal
	• Los músculos constrictores de la faringe se contraen y empujan el alimento sobrepasando la faringe
	• La laringe se eleva, empujando la epiglottis hacia abajo y protegiendo la tráquea y evitando que el alimento ingrese a la vía aérea inferior
	• Se relaja el músculo cricofaríngeo, permitiendo que el bolo transite al esófago

Etapas esofágica

- Movimientos peristálticos de los músculos constrictores del esófago impulsan el bolo hacia el estómago



Fuente: Logemann J. "Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders" (1984)⁽²⁾
 Imágenes: Fujii et. Al. "Evaluation of Swallowing Using 320-Detector-Row Multislice CT. Part I. Single- and Multiphase Volume Scanning for Three-dimensional Morphological and Kinematic Analysis" (2011)⁽³⁾

Disfagia

La disfagia corresponde es el resultado de anomalías anatómicas y/o funcionales en el control de las estructuras la cavidad oral, faringe, laringe o esófago⁽²⁾. Pese a que existen distintos subtipos de disfagia, para fines prácticos siempre se suele hablar de "disfagia orofaríngea"⁽⁴⁾.

La disfagia se asocia a una gran cantidad de patologías y condiciones de salud. Si bien existen discrepancias en cuanto a incidencia y prevalencia tanto general como a nivel de cada patología, existe consenso en que se presenta en una cantidad no menor de condiciones de salud, algunas lamentablemente comunes

Tabla 1: Distintas causas de Disfagia Orofaríngea

1. Causas mecánicas:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tumores orofaríngeos ○ Estenosis inflamatoria (faringitis, absceso tonsilar...)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Membrana cricofaríngea ○ Divertículo de Zenker ○ Membranas esofágicas cervicales (síndrome de Plummer-Vinson...) ○ Cáusticos ○ Radiación ○ Patología tiroidea (hipertrofia, neoplasia) ○ Compresión vertebral (osteofitos y alteraciones esqueléticas) ○ Masas cervicales ○ Cicatrices postquirúrgicas (traqueostomía...) ○ Cuerpo extraño
2. Enfermedades del SNC: <ul style="list-style-type: none"> ○ Accidentes cerebrovasculares ○ Enfermedad de Parkinson ○ Enfermedad de Alzheimer ○ Traumatismos craneoencefálicos ○ Tumores del tronco cerebral ○ Esclerosis lateral amiotrófica ○ Esclerosis múltiple ○ Parálisis cerebral ○ Poliomielitis bulbar ○ Síndrome postpoliomielitis ○ Corea de Huntington ○ Síndrome de Guillain-Barré ○ Discinesias tardías ○ Disautonomía familiar (síndrome de Riley-Day) ○ Otras enfermedades de la motoneurona, trastornos congénitos o degenerativos cerebrales
3. Enfermedades del SNP: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes mellitus ○ Alcoholismo crónico ○ Parálisis del n. recurrente laríngeo (neoplasias, postquirúrgica...) ○ Otros (difteria, tétanos, rabia, intoxicación por plomo...)
4. Enfermedades de la placa motora: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disminución de los receptores de acetilcolina: miastenia gravis

<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la liberación de acetilcolina: botulismo, aminoglucósidos a altas dosis, fenitoína, síndrome de Eaton-Lambert, miastenia congénita. Bloqueo de los receptores de acetilcolina: penicilamina, procainamida, propanolol, organosfosforados, curare.
5. Enfermedades del músculo <ul style="list-style-type: none"> Miopatías metabólicas (hipertiroidismo, hipotiroidismo, amiloidosis, sarcoidosis, síndrome de Cushing, enfermedad de Wilson) Fármacos (amiodarona, inhibidores de la HMG-CoA reductasa, esteroides...) Miopatías inflamatorias (polimiositis, dermatomiositis, miositis por cuerpos de inclusión) Distrofias miotónica y oculofaríngea Otros trastornos musculares
6. Disfunción cricofaríngea primaria
7. Xerostomía <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Sjögren primario o secundario Síndrome seco de otra naturaleza (fármacos-anticolinérgicos, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, infección por VIH, radioterapia, linfoma, sarcoidosis, amiloidosis, hemocromatosis)

Fuente: Avilés, Gañán y Martín, "Disfagia Orofaríngea en Población Geriátrica" (2010)⁽⁵⁾

¿QUÉ OBSERVAR EN EL PACIENTE CON DISFAGIA?

Un paciente con sospecha de disfagia, puede llegar con una serie de signos y síntomas que pueden orientarnos sobre su diagnóstico. Es importante que, previo a cualquier procedimiento, se verifiquen las funciones cognitivas del individuo. Esto es importante ya que el individuo tiene que tener la capacidad de comprender instrucciones y de hacerse entender, elementos esenciales de la comunicación.

Un paciente con disfagia, puede manifestar distintos síntomas con sus respectivos signos. Groher y Grary dan una guía sobre qué elementos observar al momento de encontrarnos con un paciente sospechoso de disfagia⁽⁴⁾.

Ejemplos de signos y síntomas importantes de observar asociados a la disfagia	
Síntoma	Signo
Dificultad al masticar	Se escapa comida de la boca, masticaciones prolongadas, dentición alterada, debilidad de músculos
Dificultad al iniciar la deglución	Boca seca (xerostomía); debilidad de labios o lengua
Babeo	Debilidad de boca o lengua; menor frecuencia de degluciones
Regurgitación nasal	El bolo entra o sale por la cavidad nasal; se puede identificar en pruebas radiológicas
Tos y atragantamiento	Tos en pruebas de evaluación
Tos mientras no se come	Puede haber escurrimiento posterior de saliva a la vía aérea
Regurgitación	Comida sin digerir en la boca; reflujo
Pérdida de peso	Pérdida de peso sin explicación; medidas bajo el estándar

Fuente: modificado de Groher y Grary, "Dysphagia. Clinical Management in Adults and Children" p135, 2010⁽⁴⁾

Al observar a un paciente con sospecha de disfagia, hay que estar atento no tan sólo a los antecedentes que nos son visibles (como la condición de base que nos hace pensar que en teoría tiene probabilidad de tener disfagia), sino además chequear qué es lo que refiere él o sus cuidadores sobre su propia alimentación. Una buena forma para tomar conciencia de esto, es preguntar al paciente o al cuidador sobre tópicos que se relacionan con cómo se alimenta. A continuación, se presentan una serie de preguntas cerradas que sirven para aclarar sospechas.

Tabla: Ejemplo de un cuestionario de disfagia

1. ¿Tiene dificultades para masticar su comida?	Sí	No
2. Si su respuesta es sí, ¿Cuáles le dan mayores problemas?		
A. Sólidos (ej.: carnes)		
B. Líquidos (ej.: agua)		
C. Semisólidos (ej.: queso crema, papillas)		

3.	Si se seleccionó alguna categoría en la pregunta anterior, de algunos ejemplos de: Sólidos específicos: Líquidos específicos: Semisólidos:		
4.	¿Tiene dificultades para alinear su dentadura?	Sí	No
5.	¿El alimento se le escurre por toda la boca, y es difícil juntarlo todo para tragarlo?	Sí	No
6.	¿Tiene problemas para abrir y cerrar su dentadura?	Sí	No
7.	¿Cree que siente menos en la boca?	Sí	No
8.	¿Se atraganta mientras come?	Sí	No
9.	Si su respuesta anterior es "sí", ¿Se atraganta antes de tragar, mientras mastica, o después de tragar? Antes Durante Después		
10.	¿Es difícil para usted: A. Levantar su lengua? B. Moverla de lado a lado? C. Moverla de atrás hacia adelante?	Sí	No
11.	¿Come o bebe más lento que antes de la cirugía? *	Sí	No
12.	¿Come o bebe más lento con alguna de las siguientes categorías Sólidos	Sí	No
	Líquidos	Sí	No
	Semisólidos	Sí	No
13.	¿Siente que la comida se le atasca en: A. El Lado izquierdo de su garganta? B. El lado derecho de su garganta? C. El lado izquierdo de su boca? D. El lado derecho de su boca? E. Detrás de su Manzana de Adán?	Sí	No
14.	¿Necesita empujar muchas veces su lengua para juntar la comida que quiere tragar?	Sí	No
15.	¿Siente que tiene que tragar tres o más veces para que toda la comida baje?	Sí	No
16.	¿Tiene dificultades para tragar pastillas?	Sí	No
17.	¿Tose la comida?	Sí	No

18.	Si lo hace, ¿tose la comida: A. Mientras mastica? B. Después de tragar toda la comida?	Sí	No
19.	¿Se le caen de la boca pocas cantidades de comida: A. Antes de tragar? B. Después de tragar?	Sí	No
20.	¿Tiene una voz "con burbujas" después de comer?	Sí	No
21.	¿Siente que necesita "aclarar" su garganta después de tragar o comer?	Sí	No
22.	¿Tiene dificultades para controlar la saliva?	Sí	No
23.	¿Tiene que limpiar su boca después de comer porque la comida se le ha atascado?	Sí	No
24.	¿Tiene que sacar la comida de su boca utilizando líquidos?	Sí	No
25.	¿Come tanto ahora como antes de la cirugía? *	Sí	No
26.	¿Ha cambiado su dieta de alguna forma no mencionada anteriormente?	Sí	No
	Puede añadir cualquier información que considere útil		
*: En caso de tener antecedentes de alguna cirugía que pueda haber dejado secuelas. Podría considerarse otro evento. Fuente: Modificada y traducida de: Baker, Fraser y Baker, "Long-term postoperative dysphagia in oral/pharyngeal surgery patients: subjects' perception vs videofluoroscopic observations", Dysphagia 6:11, 1991 ⁽⁶⁾			

Un aspecto regularmente olvidado de la disfagia y, por lo mismo, pocas veces abordado, corresponde al de los aspectos sociales y de calidad de vida que refiera el individuo. Muchos individuos tienden a aislarse por la vergüenza que produce tener problemas para alimentarse por boca⁽¹⁾.

Recopilar información sobre el sentir ante un problema como la disfagia puede ayudar a orientar las acciones del terapeuta al momento de evaluar y dar recomendaciones que repercutan positivamente en la calidad de vida del individuo. A continuación se presenta una intervención realizada por Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig y Ortega en 1999, donde sólo el 40% refirió haber recibido tratamiento y menos del 50% refirieron que la alimentación por boca les seguía siendo placentera⁽⁷⁾.

Cuestionario de Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hanning y Ortega (2002) adaptado de Gustafsson & Tibblin (1991).			
A. Las personas con problemas para tragar experimentan distintos efectos o síntomas. ¿Experimenta usted usualmente alguno de los siguientes? (Pregunta de screening. Para remarcar, asegurarse que el problema tiene al menos una semana)			
<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito		
<input type="checkbox"/>	Molestia en la garganta		
<input type="checkbox"/>	Dolor al tragar		
<input type="checkbox"/>	Comida se pega en la garganta/atragantamiento		
<input type="checkbox"/>	Incapacidad para tragar líquidos		
<input type="checkbox"/>	Tos persistente o garganta adolorida		
<input type="checkbox"/>	Acidez estomacal/reflujo		
B. Hábitos alimenticios ("El siguiente par de preguntas tiene que ver con tus hábitos alimenticios y cómo los problemas para tragar afectan tu alimentación...")			
		Sí	No
1.	¿Necesita asistencia personal para alimentarse? (Indagar qué tan seguido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Hay alimentos que quisiera consumir pero no puede debido a los problemas para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Come menos debido al malestar al alimentarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Sigue hambriento o sediento después de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Ha cambiado la consistencia de su comida para poder ayudarlo a consumirla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿De qué manera? (Continuar con lo siguiente) Cortada en pedazos más pequeños Espesada o molida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sentimientos personales e importancia ("La siguiente serie de preguntas trata sobre cómo su debilitada habilidad para tragar alimentos ha afectado su vida diaria y qué significa para usted tener estos problemas. Por favor, tenga en cuenta que algunas de estas preguntas pueden ser de naturaleza personal, de todas formas, deseamos que responda lo más sinceramente posible")			
		Sí	No
7.	En general ¿cree que comer debe ser una experiencia para disfrutar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Diría usted que comer es una parte que disfruta durante su día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	En caso que no, ¿se debe a su malestar para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.	¿Le molestan sus problemas para tragar durante las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	En caso de "sí" (pregunta 10) ¿evita comer con otros debido a su condición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	En caso de "sí" (pregunta 10) ¿Se siente avergonzado por esta condición a la hora de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso de "sí" (pregunta 10) ¿experimenta ansiedad o pánico durante las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Diría usted que sus dificultades para tragar hacen que disfrute menos su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Buscando ayuda ("Las siguientes preguntas se relacionan con cualquier comunicación que haya tenido sobre su problema para tragar y si es que ha recibido algún tratamiento para su condición")				
		Sí	No	No sabe
14.	¿Le ha preguntado un médico o una enfermera sobre su molestia al tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	En caso de no (pregunta 14), ¿Le ha preguntado usted a un médico o enfermera sobre su molestia al tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Ha hablado con cualquiera de sus parientes sobre sus molestias al tragar? (Por ejemplo: esposa/o, hermanos/as, hijos/as y sus parejas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	En caso de no (pregunta 16), ¿Por qué no? (Por ejemplo: lo encuentra vergonzoso, le da miedo, es parte de envejecer, no puede ser tratado)			
18.	¿Cree que sus problemas para tragar son tratables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿Hace algo usted mismo para aliviar su condición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	En caso de "sí", ¿qué hace? (proponer) Comer y tragar más lentamente Tomar sorbos de líquido entre los bocados Masticar por más tiempo antes de tragar Otras, por favor mencionar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	¿Ha recibido algún tipo de tratamiento/terapia por un profesional de salud para su problema al tragar? (Por ejemplo: terapia de movimiento con logopeda/fonoaudiólogo, cirugía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.	Estado médico ("Las últimas preguntas son sobre su estado médico". [Nota: consultar a otros profesionales de salud para verificar información])	Sí	No	No sabe
22.	¿Ha perdido peso durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	¿Ha sido diagnosticado con problemas para tragar (disfagia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	¿Padece usted alguna condición médica seria? (Nota: ACV, Parkinson, Demencia tipo Alzheimer, EM, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	En caso de sí (pregunta 24), ¿Cuál? (Por favor mencionar)			

Fuente: Modificado de Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig y Ortega, "Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment", Dysphagia 17:139-146, 2002.(7)

Una vez que se obtenga una cantidad suficiente de observaciones que justifiquen el ingreso del paciente al programa, este será evaluado por el fonaudiólogo encargado del procedimiento. Su tarea no será tan solo la de realizar la evaluación de deglución, sino además tendrá que gestionar la respectiva interconsulta para aquellos pacientes que requieran una evaluación nasofibrosópica en el servicio de otorrinolaringología.

Los aspectos en que el profesional debe fijarse al momento de evaluar, se listan en la siguiente tabla


Directrices para la evaluación clínica de disfagia	
Anamnesis fonaudiológica	
Forma en que se recibe el alimento	
Estado mental	
<ul style="list-style-type: none"> Nivel de alerta Orientación Cooperación Atención sostenida 	
Screening cognitivo	
<ul style="list-style-type: none"> Memoria 	

<ul style="list-style-type: none"> Lenguaje Percepción 	
Exploración de pares craneanos	
Test de deglución con distintas consistencias	
Auscultación cervical	
<ul style="list-style-type: none"> Sonidos de la deglución Velocidad de la deglución Cambios respiratorios 	
Observaciones durante la alimentación	
<ul style="list-style-type: none"> Postura Ambiente Autosuficiencia y asistencia Uso de utensilios Nivel de dieta Cambios en el patrón respiratorio 	

Fuente: adaptado de: Groher y Cray, "Dysphagia: Clinical Management in Adult and Children", p143, 2010⁽⁴⁾

Para determinar el estado mental y cognitivo del paciente, se aplicará la prueba Minimental Abreviado a modo de tener un panorama general, la cual evalúa brevemente las áreas de orientación temporoespacial, memoria a corto plazo, atención, concentración, abstracción, función ejecutiva, memoria a largo plazo y capacidad visuoespacial. Tal como en la guía clínica de ACV en personas mayores de 15 años, se puntuará con un máximo de 19 y se considerará alterado con un puntaje menor a 13.

1. Por favor dígame la fecha de hoy Sondée el mes, día del mes, año y día de la semana. Añote un punto por cada respuesta correcta.	Bien Mal Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>
2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme? Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento. Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.	Correcta No Sabe Abol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>
3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante: 1 3 5 7 9 Añote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente. La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto ej: 9 7 3 1 = 5 puntos	Respuesta Entrevistado o Respuesta Correcta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº dígitos en el orden correcto	TOTAL <input type="checkbox"/>
4. Le voy a dar un papel: tómelolo con su mano derecha, dóblalo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre las piernas. Coloque sobre las piernas Ninguna acción	Toma papel con la mano derecha Dobla por la mitad con ambas manos Coloca sobre las piernas Ninguna acción	TOTAL <input type="checkbox"/>

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. Añote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden	CORRECTO INCORRECTO NR Abol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>
6. Por favor copie este dibujo. Muestre al entrevistado el dibujo. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si está correcto.	CORRECTO INCORRECTO NR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	TOTAL <input type="checkbox"/>
Suma los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6	Suma Total = <input type="checkbox"/> El puntaje máximo obtenido es de 19 puntos. Normal = >14 Alterado = <13	

Para evaluar cualitativamente el lenguaje de la persona, al igual que en la Guía Clínica de ACV en mayores de 15 años, se sugerirá utilizar la imagen “El robo de las galletas” del Test de Boston. Esta simple prueba permite ver aspectos del lenguaje como nominación, fluidez, morfosintaxis y expresión del lenguaje. Se pueden añadir elementos como “¿y por qué roban las galletas los niños?” para evaluar también comprensión, o pedir señalar partes del cuerpo para ver manejo del esquema corporal, por ejemplo.

Instrumento de tamizaje de comunicación

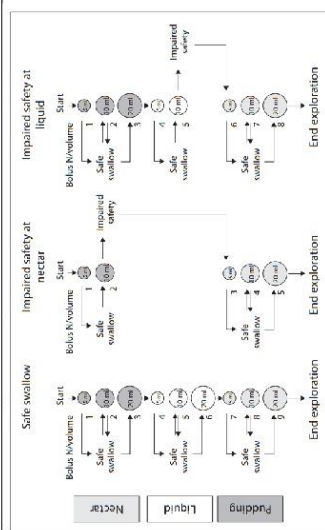


Fuente: Minsal, “Guía Clínica AUGÉ. Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más” (2013) ⁽⁸⁾

<p>Al evaluar al candidato en términos de funciones cognitivas, siendo enfáticos con el uso del lenguaje y sus habilidades comunicativas, se tomará en consideración el índice de dependencia de Barthel, en el caso de ser Adulto Mayor. Se tomará como modelo de aplicación el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, por lo cual la valoración será hecha por la enfermera a cargo del CESFAM. En caso de haber sido evaluado durante el último año, se tomará como medida de dependencia el resultado de la última aplicación.</p> <p>Se sugiere que la anamnesis sea exhaustiva y que incluya, además de los antecedentes personales, los siguientes aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lectoescritura • Escolaridad • N° de personas con las que vive • Cuidador y relación con el paciente • Antecedentes mórbidos: HTA, tabaquismo, Diabetes, RLF, NAC. • Estado de conciencia • Disartria • Afasia • Diagnóstico neurológico (que incluya hemiplejía o hemiparesia y lado afectado, TRM, etc) • Traqueostomía • Oxigenoterapia • Prótesis dental • Preferencias alimentarias <p>Es importante poner énfasis en el antecedente de NAC, puesto que es una de las principales complicaciones de la disfagia. También tomar nota de otros antecedentes importantes, como estado nutricional.</p> <p>La auscultación cervical debe realizarse con oximetría de pulso. Las apneas extensas durante la deglución se relacionan con el riesgo de disfagia. Al existir una desaturación de oxígeno mayor o igual a 3% después de deglutir el alimento, se considera riesgo de aspiración, utilizando como tiempo de referencia dos minutos(9).</p>		<p>La cantidad de pruebas y test para evaluar deglución es importante. Por lo cual se dejará a criterio del profesional utilizar el Water-Swallowing Test (WST) también conocido como “La Prueba del Vaso de Agua” o el Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) también conocido como “Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad”.</p> <p>Para aplicar un correcto WST, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación indirecta, explorar pares craneanos y estructuras del sistema estomatognático. Registrar lo observado. • Reducir lo más posible los distractores en el entorno. • Mantener el tronco del paciente en posición de 90°. Si la atención se da en el CESFAM, deberá hacerse sentado. En caso de que sea atención por Programa de Visita Domiciliaria, se sentará lo más posible al paciente. • Se suministrarán sorbos de 3, 5, 10, 30 y 60ml. Debe haber por lo menos una separación de 2 minutos entre cada uno para poder tener una correcta lectura de las variaciones en la saturación de oxígeno (variación SpO2 \geq 3%). • Durante cada sorbo, se realizará auscultación cervical registrando los sonidos de la deglución, así como la correcta elevación laríngea en cuanto a rango y velocidad. • Se observará la presencia de restos de líquido en la boca. • Se debe registrar para cada sorbo: resultados de auscultación, variación de saturación, presencia de tos, cambios en la voz, necesidad de aclarar la garganta post-deglución, número de degluciones (para sorbos de menor volumen) 	
		<p>El Método Exploratorio Volumen-Viscosidad, para la evaluación de deglución, corresponde a un algoritmo utilizando distintos volúmenes de alimento de distintas consistencias. Para la aplicación de una correcta exploración utilizando V-VST, se recomienda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación indirecta, explorar pares craneanos y estructuras del sistema estomatognático. Registrar lo observado. • Reducir lo más posible los distractores en el entorno. 	

- Mantener el tronco del paciente en posición de 90°. Si la atención se da en el CESFAMI, deberá hacerse sentado. En caso de que sea atención por Programa de Visita Domiciliaria, se sentará lo más posible al paciente.
- Al ser un algoritmo, dependiendo de los resultados de una de las consistencias se pasará a la siguiente.
- Se observarán dos aspectos de la deglución: eficacia y seguridad. Para lo primero, se debe tomar en cuenta el sello labial al deglutir, la presencia de restos de alimento post-deglución y deglución fraccionada (múltiples degluciones por bocado). Para determinar la seguridad, se deben observar cambios en la voz, presencia de tos y variaciones en la saturación.
- Al igual que en el WST, se considerará que existe riesgo en variaciones $\geq 3\%$ en un periodo de 2 minutos máximo. Se acompañará de auscultación cervical.
- El orden de las consistencias es: Líquido espeso (néctar), líquido claro (agua), papilla.
- El orden de los volúmenes para cada consistencia es 5, 10 y 20ml.
- Si existe presencia de problemas en la seguridad (tos, cambios de voz, desaturación) durante la consistencia néctar, se pasará a evaluar con papilla.
- Si existe presencia de problemas en la seguridad (tos, cambios de voz, desaturación) durante la consistencia líquido claro, se pasará a evaluar con papilla.
- Se consigna si se logra o no terminar la prueba con papilla, dejando en claro en qué consistencias y con qué cantidades la deglución es más segura y eficaz.
- Si no existe alteración para ninguna consistencia, se consigna la deglución segura para todas las consistencias.

Figura: Algoritmo de exploración para el V-VST



Fuente: Rofes, Arreola & Clavé "The Volume-Viscosity Swallowing Test for Clinical Screening of Dysphagia and Aspiration" (2012)⁽⁹⁾

¿CÓMO ORIENTAR AL PACIENTE CON DISFAGIA?

Lo primero es recopilar antecedentes de signos y síntomas de disfagia que nos puedan decir si existen problemas de eficacia o seguridad.

El primer problema se relaciona con la malnutrición como resultado. Para indagar sobre la eficacia, el paciente, familiar o cuidador deben referir:

- No cierra bien la boca al ingerir el alimento, se le escapa el alimento de la boca.
- Presenta restos de comida después de cada deglución.
- Traga varias veces para un bocado, incluso si es pequeño o líquido.
- Restos faríngeos. Esto sólo se observa mediante pruebas instrumentales, por lo que es importante solicitar al paciente, cuidador o familiar a cargo, que busque exámenes anteriores al momento de ser citado con el fonaudiólogo.

El segundo problema mencionado, la seguridad, se correlaciona con el peligro de complicaciones respiratorias (neumonía), lo cual es especialmente

peligroso en personas frágiles (ej: adultos mayores con demencia). Para indagar sobre la seguridad, el paciente, familiar o cuidador deben referir:

- Tos luego de comer un bocado de alimento. Esto quiere decir que el alimento se ha acercado a las cuerdas vocales y se han gatillado una serie de reacciones que harán que el sistema respiratorio trate de expulsar el cuerpo extraño de la vía aérea.
- Cambios en la voz, presentando una voz “crepitante” o “burbujeante”, lo que mejora al carraspear una o más veces.
- Desaturación de oxígeno, lo que indica que el consumo de alimento se relaciona con un menor ingreso de oxígeno al cuerpo. Existen autores que mencionan que un descenso desde el 2% ya se considera un problema. Para esto, hay que consultar sobre todo en pacientes encamados, si tienen en casa algún medio para controlar la saturación de oxígeno (oxímetro de pulso) y si llevan algún tipo de registro al respecto.
- Es importante constatar si es que ha existido algún cuadro febril luego de haber presentado un episodio de tos, por ejemplo. Puede ser indicio de que se han aspirado secreciones.

¿QUÉ INDICACIONES PODEMOS DAR AL PACIENTE CON DISFAGIA?

Existen distintos manejos para el paciente disfágico en el domicilio. El primero y más básico es el manejo postural. Debido a que el alimento después de ser impulsado por la lengua hacia la orofaringe baja por gravedad, es necesario tener las siguientes consideraciones:

- El paciente estará debidamente sentado, formando un ángulo de 90°. Si el paciente lleva un encamamiento prolongado, se acomodará en la cama con cojines para estar lo más recto sentado posible. Es necesario que el paciente o cuidador, ante las dudas, consulte con el kinesiólogo del CESFAM sobre cómo posicionarse. En el caso de los cuidadores, deberán preguntarle sobre la mejor técnica para tomar al paciente encamado y sentarlo en la cama sin que esto requiera un gran esfuerzo físico.
- Se debe ayudar al paciente a que mantenga el mentón lo más cerca que pueda del pecho. Esto debido a que el mentón en el

pecho ayuda a ampliar el espacio orofaríngeo, lo que ayudará al alimento a transitar mejor.

- Es importante que, por lo mencionado anteriormente, el individuo permanezca al menos $\frac{1}{2}$ hora sentado. Es importante que el cuidador o familiar aseguren al paciente con cojines para que no cambie de posición.
- Se prohíbe terminantemente que el paciente esté en posición supino al momento de alimentarse o durante la media hora después de comer. Hay que reducir lo máximo posible los riesgos de aspiración y es importante que el alimento escurra hacia el esófago, no a la vía aérea.

Figura: Posicionamiento del paciente con disfagia



Fuente: Avilés, Gañán y Martín “Disfagia orofaríngea en Población Geriátrica” (2010)⁽⁵⁾

Otro de los manejos para el paciente disfágico en el domicilio es aquel que dice relación con la manipulación de la consistencia de los alimentos. Al hablar de “consistencia de los alimentos” a modo grueso se hace referencia a 2 tipos de consistencias:

- Líquidos claros: al botar el contenido de una cuchara, cae como un único chorro y prácticamente no deja restos en el recipiente.

- Néctar/miel: al botar el contenido de una cuchara, se desplaza más lento y cae como un hilo, dejando notoriamente más restos en el recipiente que los líquidos más claros.

- Pudding o puré: al botarla de la cuchara cae muy lento y se desprende de una sola vez. Se pueden considerar dentro de esta consistencia, a modo de ejemplo, los flanes, papillas o yogures.

Como se puede apreciar, estas consistencias van desde la menos a la más espesa y son, por lo general, los tipos de consistencia utilizados para realizar la evaluación de deglución. También se utilizan otras consistencias que requieren masticación, por ejemplo.



Es importante enseñar al paciente que mientras más líquida la mezcla, más difícil de manejar en la boca. Y que mientras más espesa, más lento se mueve dentro de la cavidad oral. Si un paciente tiene problemas de seguridad para consumir líquidos claros, se le indicarán consistencias más espesas.

Si el paciente utiliza **cualquier tipo de ortesis**, ya sean audífonos, lentes o placas dentales, es de vital importancia **que las utilice al momento de comer**.

También es importante que el lugar donde se come esté **lo más libre de distracciones posible**. Esto quiere decir que se deben apagar aparatos domésticos como televisor, radio, ordenador, etc. No olvidemos que hablamos de una persona con dificultades para comer el alimento, por lo cual se necesita plena concentración. Al mismo tiempo, es necesario evitar hablar mientras se come para la persona que tiene dificultades.

No hay que apresurar a la persona con disfagia. Debe comer lento para comer seguro. La disfagia implica dificultades en la coordinación, por lo que a

veces esta se da de forma más lenta. Apresurar al paciente con disfagia puede significar que acumule alimento o que trate de tragar grandes cantidades, dejando alimento en el vestíbulo laríngeo y aumentando el riesgo de escurrimiento posterior.

También hay que **fijarse en la cantidad de alimento que pone en el cubierto**. Algunas personas tienen dificultades en la función ejecutiva, por lo que no son conscientes de la cantidad de alimento que ponen en la cuchara. Para evitar dificultades, se recomienda utilizar implementos pequeños para controlar las cantidades, como una cuchara de té.

La **higiene oral** es de vital importancia. Un problema asociado a la disfagia es la **baja salivación**, el cual a su vez se puede relacionar con el medicamento que se consume (algunos ansiolíticos como lorazepam o diazepam, antidepresivos como fluoxetina, antihistamínicos como loratadina, diuréticos como furosemida o anticóaticos como clozapina o cloromazida), es por ello que se debe consultar al médico de cabecera sobre los efectos secundarios del medicamento, para tomar las precauciones necesarias.

Volviendo a la higiene oral, la baja salivación puede producir que el biofilm de la cavidad oral cambie y comience a colonizarse por bacterias que, al pasar a la vía aérea, produzcan complicaciones. Es por ello que después de cada comida, se le debe hacer higiene al paciente, tanto en su cavidad oral como de prótesis si es que lo requiere. Se debe instar a la persona que **consulte al dentista del CESFAM** sobre los mejores métodos para mantener una correcta higiene oral.

Se le debe indicar, también, que existen distintas **formas de espesar los líquidos**. Si bien existen espesantes patentados que cumplen, además, requerimientos nutricionales, se pueden espesar disolviendo distintos elementos mientras se calientan al fuego de la cocina, los cuales son mucho más económicos. Estos son **harina, sémola, maicena y chuño**, los cuales se pueden encontrar en supermercados, bodegas y tiendas de repostería. Se debe consultar al o la nutricionista sobre cuál es mejor para el perfil nutricional del paciente.

En resumen:

Tabla: recomendaciones y pequeños trucos

<p>Consistencia adecuada de líquidos y sólidos</p> <p>Licuar, triturar y colar los alimentos</p> <p>Evitar grumos, filamentos, espinas y huesos</p> <p>No añadir más líquido del necesario</p> <p>Utilizar las técnicas culinarias habituales</p> <p>Texturas homogéneas</p> <p>Presentaciones atractivas que buscan despertar emociones</p> <p>Los sabores ácidos estimulan el reflejo de la deglución</p> <p>Temperaturas frías: helado de limón</p> <p>Utilizar moldes para dar forma a los triturados</p> <p>Utilizar salsa de soja, caramelo, ketchup, para dar color</p> <p>Ingerir poca cantidad de alimento de una sola vez</p>

Fuente: Aviles, Gañán y Martín "Disfagia orofaríngea en población geriátrica" (2010)

Respecto a cómo proceder ante dudas y lo visto en pacientes, es necesario ver este programa como una oportunidad para articular a las personas con otras acciones de salud ofrecidas por los servicios de APS. Es por ello que se debe perspicaz y observar todo lo que refiere el paciente. Se sugiere proceder de la siguiente forma, sin descartar otros procedimientos y observaciones pertinentes:

Observación	Procedimiento
Refiere problemas al tragar	Derivación al fonoaudiólogo para evaluación.
Refiere problemas de ánimo, siente que su alimentación repercute negativamente	Derivación al fonoaudiólogo para evaluación. Derivación a Trabajadora Social o Enfermera para gestionar interconsulta de Salud Mental.
Refiere problemas con prótesis	Derivación a Trabajadora Social o Enfermera para gestionar interconsulta en programas de Salud Oral. Derivación al fonoaudiólogo para evaluación y orientaciones, en caso de cumplir criterios de inclusión.

Refiere sequedad en la boca, paciente pluripatológico	Derivación a médico de cabecera para revisar carta de medicamentos. Derivación a fonoaudiólogo para evaluación en caso de cumplir criterios de inclusión.
Cuidador que refiere dificultades para movilizar al paciente	Derivación a Trabajadora Social para vincular con oficina de Discapacidad y obtener ayudas técnicas. Derivación a Kinesiólogo para educación. Derivación a fonoaudiólogo para evaluación en caso de cumplir criterios de inclusión.
Ha perdido peso desde el alta y refiere algún problema asociado a disfagia	Derivación a fonoaudiólogo para evaluación. Derivación a nutricionista para evaluación y orientación en conjunto con fonoaudiólogo.

Sobre el programa

Para determinar a los pacientes candidatos a participar, es necesario tener claridad sobre los criterios de ingreso:

- Personas residentes de la comuna de Valparaíso debidamente inscritas en uno de los 13 CESFAM de la comuna de Valparaíso
- Ficha de consentimiento informado para la participación en el programa piloto
- Al menos 1 de los siguientes:
 - Adultos mayores que refieran alguna dificultad al tragar durante la aplicación del EFAM
 - Adultos mayores que hayan cursado al menos 1 episodio de NAC durante los últimos 6 meses
 - Personas >18 años dadas de alta por único evento de ACV en un período menor a 6 m
 - Personas >18 años dadas de alta por un único evento de ACV en un período superior a 6 m que hayan cursado al menos 1 episodio de NAC después de los 6 primeros meses de alta
 - Personas >18 años con antecedentes de eventos cerebrovasculares >1 y que hayan cursado al menos 1 episodio de NAC después del último ACV

- Personas con diagnóstico de enfermedad de origen neurológico relacionado con disfagia orofaríngea
- Personas con antecedentes de TEC con evidentes secuelas neurológicas
- Personas con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello
- Personas con diagnóstico o sospecha de demencia
- Pacientes oncológicos que reciban quimioterapia o radioterapia actualmente por cáncer de cabeza y cuello, o figuren en lista de espera para tratamiento quirúrgico por cáncer de cabeza y cuello.
- Personas institucionalizadas por alguna patología de base o condición de salud que requiera cuidados especiales
- Familiares o cuidadores, de una única persona o pertenecientes a una institución de larga estadía, de personas con dependencia leve, moderada o severa

Criterios de exclusión serán complementarios a los de inclusión.

INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Para el ingreso de participantes al programa, se requerirá de la expertiz del equipo profesional de los CESFAM para detectar casos y por ello la importancia en su capacitación. Será de vital importancia la **comunicación con otros programas** de la cartera de los CESFAM que pudiesen detectar a distintos candidatos. Los programas con los cuales se tendrá mayor cuidado al momento de capacitar serán(10):

- **Programas de adulto:** consulta de morbilidad, consulta y control de enfermedades crónicas, consulta nutricional, control de salud, intervención psicosocial, consulta y/o consejería en salud mental (en el caso de quienes además cumplan con la labor de cuidador/a), educación grupal y atención domiciliaria.
- **Programas del adulto mayor:** consulta de morbilidad, consulta y control de enfermedades crónicas, consulta nutricional, control de salud, intervención psicosocial, consulta y/o consejería en salud

mental (para cuidadores como para aquellos pacientes con diagnóstico o sospecha de demencia), educación grupal, educación kinésica, vacunación anti-influenza y atención a domicilio.

- **Programas de salud oral:** examen de salud, educación grupal, exodoncias, destartraje y pulido coronario, obturaciones temporales y definitivas, aplicación de sellantes, pulpomotomías, barniz de flúor, endodoncia.
- **Actividades con Garantías Explícitas en Salud asociadas a Programa:** Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía Adquirida en Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más, acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada (debido a riesgo de encamamiento en adultos mayores).
- **Actividades generales asociadas a todos los programas:** consejería familiar, visita domiciliaria integral, consulta social, tratamiento y curaciones e intervención familiar psicosocial.

Al mismo tiempo, se buscarán alianzas estratégicas con carácter territorial para programas de otros servicios públicos que trabajen con la población objetivo siguiendo los criterios de inclusión/exclusión:

- **“Más Sonrisas para Chile”:** programa que busca mejorar la sonrisa y salud oral de las mujeres, que beneficia a mujeres mayores de 20 años⁽¹¹⁾.
- **“Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica en Población Adulta”:** programa de atención odontológica para población no priorizada.
- **Garantía de Acceso de “Salud Oral Integral del Adulto”:** Programa dentro del marco de atención GES que beneficia a adultos desde 60 años.
- **Prestaciones PAD** (Programa de Pago Asociado a Diagnóstico): Tumores y/o quistes intracraneales y tiroidectomía total y subtotal⁽¹²⁾.

Figura: Flujoograma de ingreso/rechazo de candidatos

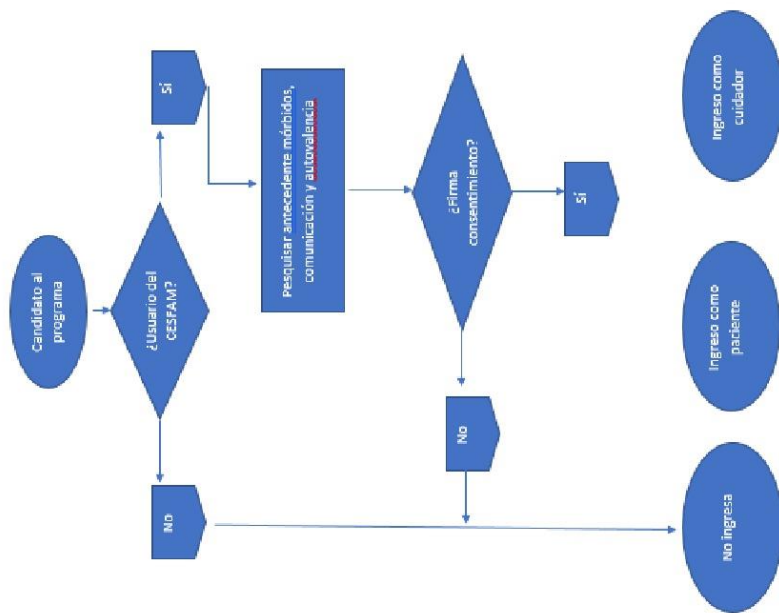
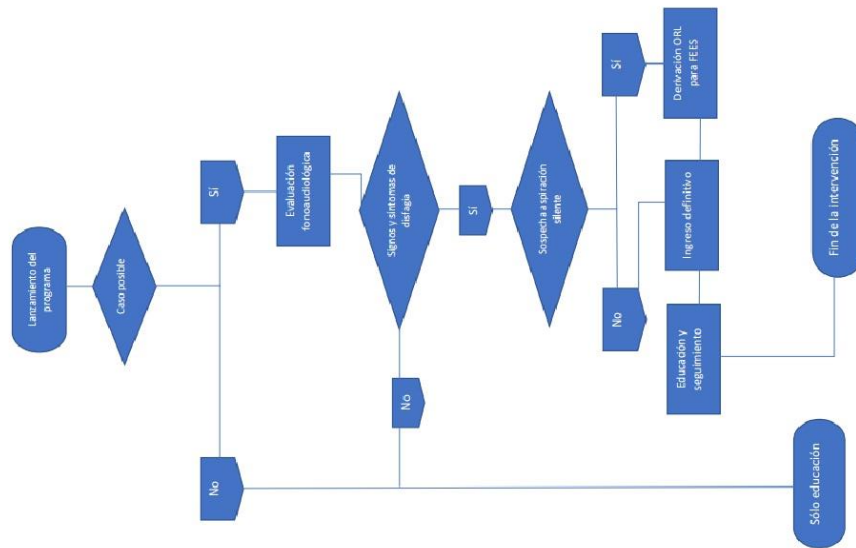


Figura: Proceso para participantes



<p>El proceso e ingreso de los participantes será como el que se enuncia en las figuras anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso posible: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cumple: evaluación fonaudiológica. ○ No cumple: sólo educación al paciente o cuidador. • Presencia de signos y síntomas de disfagia <ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta: Ingresar. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sospecha aspirador silente: Interconsulta ORL ▪ No se sospecha aspiración: continúa procedimiento. ○ No presenta: sólo educación al paciente o cuidador. • Ingreso definitivo al programa. • Actividades de educación y seguimiento. • Fin de la intervención. <p>Al momento del paciente quedar seleccionado para participar en el programa, se mantendrá contacto directo con él mediante la trabajadora social para informar sobre actividad grupal inicial y la posterior gestión de atenciones individuales.</p> <p>Se realizará una actividad grupal de retroalimentación a mitad del periodo de intervención.</p> <p>Se cierra la intervención con actividades grupales de retroalimentación y un retorno a la comunidad.</p> <p>EVALUACIÓN</p> <p>Para poder realizar una correcta evaluación del impacto de la intervención, es necesario que los profesionales del CESFAM tomen en consideración los siguientes elementos que servirán para construir los indicadores de evaluación cuantitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de participantes reales • N° de participantes esperados/as • N° de participantes por CESFAM 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de participantes con determinada condición de base • N° de participantes institucionalizados y no institucionalizados/as • N° de participantes autovalentes y a cargo de cuidador/a • N° de actividades en las que los beneficiarios participan <ul style="list-style-type: none"> ○ Grupales y asistenciales/educativas individuales • N° de participantes con al menos 1 signo/síntoma de disfagia orofaríngea y que no haya contado con diagnóstico previo • N° de pacientes derivados • N° de pacientes con correlación diagnóstica positiva entre evaluación no instrumental e instrumental • N° de pacientes con antecedentes de hospitalización por NAC • N° de pacientes hospitalizados durante el año en curso <p>Todos estos elementos cuantificados ayudarán a construir una visión general sobre la utilidad de la intervención acá planteada.</p>
--	---

REFERENCIAS

1. Dzielwas R, Beck AM, Clave P, Hamdy S, Heppner HJ, Langmore SE, et al. Recognizing the Importance of Dysphagia: Stumbling Blocks and Stepping Stones in the Twenty-First Century. *Dysphagia*. 2017;32(1):78–82.
2. Logemann JA. Evaluating and Treatment of Swallowing Disorders. *Natl Student Speech Lang Hear Assoc*. 1984;38–50.
3. Fujii N, Inamoto Y, Saitoh E, Baba M, Okada S, Yoshioka S, et al. Evaluation of swallowing using 320-detector-row multislice CT. Part I: Single- and multiphase volume scanning for three-dimensional morphological and kinematic analysis. *Dysphagia*. 2011;26(2):99–107.
4. Groher ME, Cray MA. *DYSPHAGIA Clinical Management in Adults and Children*. Second Edi. Elsevier; 2010. 386 p.
5. Avilés JD, Gañán L, Martín S. Disfagia orofaríngea en población geriátrica. *Fund. Universitaria San Antonio*, editor. CAM Publicaciones; 2010. 48 p.
6. Baker BM, Fraser AM, Baker CD. Long-term postoperative dysphagia in oral/pharyngeal surgery patients: Subjects' perceptions vs. videofluoroscopic observations. *Dysphagia*. 1991;6(1):11–6.
7. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17(2):139–46.
8. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más. Ser Guías MINSAL [Internet]. 2013;1–130. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>
9. Rofes L, Arreola V, Clavé P. The Volume-Viscosity Swallow Test for Clinical Screening of Dysphagia and Aspiration. *Nestlé Nutr Inst Work*. 2012;72:33–42.
10. Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social. Plan de Salud Comunal Valparaíso 2015-2017 [Internet]. Valparaíso; 2015. Available from: <http://200.24.233.38/salud/joomlatools-files/docman-files/PSC 2015-2017.pdf>
11. Ministerio de Salud Chile. Más Sonrisas para Chile [Internet]. Información. 2017 [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://web.minsal.cl/mas-sonrisas-para-chile/>
12. FONASA. Prestaciones PAD [Internet]. www.fonasa.cl. [cited 2017 Aug 1]. Available from: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/pad/prestacioneslistado>

ANEXO 5b

- Manual de capacitación para pacientes y cuidadores: Instrumento de estudio referencial para la persona con diagnóstico de disfagia orofaríngea o su cuidador. Consta de 26 páginas donde se habla de forma técnica, pero sencilla, sobre el problema de la disfagia. Orienta a la persona con disfagia o cuidador/a entregando recomendaciones sobre postura, manejo de alimentos y funcionamiento del programa.
- Tamaño: 14x21 cms (cerrado), 2 corchetes al lomo.
- Este manual está sujeto a cambios en cuanto a su contenido, extensión, formato o aspectos estéticos. Es solo referencial.



PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN

Una iniciativa local con el apoyo de:



Manual de Pacientes y Cuidadores

Programa de Promoción de Seguridad en la Deglución
Manual para Pacientes y Cuidadores

Manual creado por Sebastián Pino Hidalgo
Diseño de portada por Sebastián Pino Hidalgo
Traducciones por Sebastián Pino Hidalgo

Este programa corresponde a una iniciativa local que cuenta con el apoyo de:

- Gobierno Regional de Valparaíso
- Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio
- Corporación Municipal de Valparaíso

Septiembre de 2017

Introducción

Comer es una de las actividades más importantes de los seres humanos. No sólo porque comiendo obtenemos los nutrientes que necesitamos todos los días, lo cual nos hace estar fuertes y llenos de energía. Sino que también la comida cumple un papel importante al momento de reunirnos con otras personas.

Al mismo tiempo, es importante que al consumir un alimento, este no pase a las vías respiratorias (tráquea, bronquios, pulmones), puesto que puede traer complicaciones importantes para nuestra salud y de nuestros seres queridos. Y es necesario verificar que todo el alimento que nos llevamos a la boca es consumido, puesto que puede traer problemas como bajo peso o falta de agua.

Este programa trata de ser un aporte a este problema de salud del que tan poco escuchamos, aliviando la carga a cuidadores y pacientes al momento de comer. También trata de entregar tips sobre cómo podemos alimentarnos sin miedo y sin vergüenza debido al problema de tragar el alimento.

Este pequeño manual tratará de reforzar lo aprendido con el fonoaudiólogo y los otros profesionales de su CESFAM.

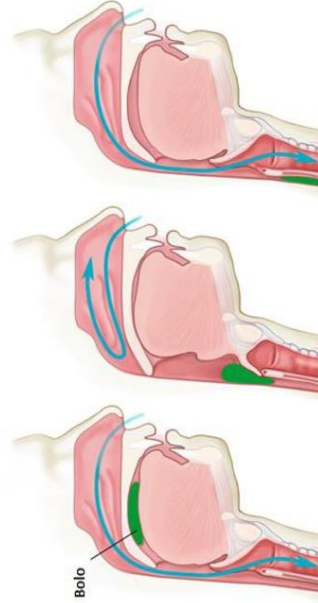
¿QUÉ ES LA DEGLUCIÓN?

La deglución es todo el proceso por el cual el alimento que nos llevamos a la boca termina llegando al estómago para la digestión y así obtener todos los nutrientes necesarios para el día a día. Es un proceso muy complejo que involucra músculos de la lengua, la cara, el cuello, el interior de la boca y de la garganta.

Consta de distintas etapas:

- Los dientes cortan, desgarran, trituran y muelen el alimento, mientras la boca lo mueve de lado a lado, recogéndolo de entre las mejillas y llevándolo contra los dientes hasta que quede una pasta que llamamos "bolo".
- La lengua toma este "bolo" y lo deja encima de ella misma, llevándolo hacia atrás.
- Cuando el "bolo" llega a la parte de atrás de la lengua se dispara un reflejo que hace que el alimento caiga por la garganta. La tráquea queda tapada por un cartilago llamado "epiglotis" y queda libre el paso del "bolo" hacia el esófago.
- El "bolo" ingresa al esófago y comienza su descenso al estómago mediante los movimientos de este tubo.

Si pudiésemos hacer un esquema de cómo es el proceso de la deglución, tendríamos algo así:



Fuente: Brigham and Women's Hospital

Vemos en color verde el "bolo" que ingresa por la boca. Luego de ser masticado, se sitúa sobre la lengua y baja por la garganta hasta el esófago. En color azul, vemos el aire que ingresa por la nariz y baja por la garganta hacia la tráquea. Cuando tragamos, este paso del aire que respiramos se interrumpe (figura del medio) cuando la epiglotis tapa la tráquea, y luego al bajar el alimento el aire continúa transitando normalmente.

Como se observa en el dibujo, respirar y comer comparten un lugar común en la garganta. Es por eso que si algo falla al momento de tragar o "deglutir", podemos ver afectado nuestro sistema respiratorio.

- Demencias
- Enfermedades musculares
- Consumo de ciertos medicamentos
- Envejecimiento poco saludable

¿QUÉ ES LA DISFAGIA?

La disfagia es un "trastorno de la deglución", una "dificultad para llevar el bolo de la boca al estómago". Es el resultado tanto de problemas en distintas partes de la boca, garganta y/o esófago como de otros a nivel de cómo funciona nuestro cuerpo, por ejemplo, en algunas partes del cerebro.

Y así se va presentando en distintas condiciones de salud, en una lista mucho más amplia como la mencionada. Es por ello que hay que tener especial consideración en cómo comemos y qué cosas sentimos cuando comemos para poder detectar algún problema de deglución en nosotros o en la persona que cuidamos.

La disfagia no es una enfermedad, sino que es un síntoma de otras enfermedades. Se presentan en muchas situaciones, como las que se mencionan a continuación:

- Accidente cerebro vascular
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Traumatismos encefalocraneanos
- Parálisis cerebral
- Esclerosis múltiple
- Tumores de cabeza y cuello

La disfagia se presenta de forma característica y afecta dos aspectos de la alimentación: la seguridad y la eficacia. Ambos serán explicados a continuación.

Cuando hablamos de **SEGURIDAD** en la deglución, nos referimos a que el alimento que comemos no pase a la parte baja del aparato respiratorio. Vulgarmente, diríamos que "no se vaya por el camino viejo".

Ahora, cuando hablamos de la **EFICACIA** de la deglución, hacemos referencia a que cuando comemos,

estamos obteniendo todos los nutrientes que trae nuestra porción.

Es por ello, que a continuación, mencionaremos qué observamos cuando se afectan tanto la SEGURIDAD como la EFICACIA de la deglución en nosotros o la persona que cuidamos:

¿QUÉ ESTÁ AFECTADO?	¿QUÉ OBSERVAMOS?
SEGURIDAD	Tos y atragantamiento cuando se come y cuando no se está comiendo
	Cambios en la voz. Una voz húmeda, como "con burbujas"
	Si tiene monitoreo de oxígeno, un descenso en "la saturación".
	Cuadros de fiebre seguidos.
EFICACIA	Le es difícil mantener el alimento dentro de la boca.
	Ha bajado de peso
	Presenta muchos restos de comida después de tragar
	Trata de tragar varias veces, incluso para un bocadillo pequeño

Teniendo en cuenta estas pequeñas cosas, podemos identificar si nosotros o la persona a nuestro cuidado presenta signos y síntomas de disfagia.

¿QUÉ DEBEMOS HACER CON LA PERSONA CON DISFAGIA PARA QUE TRAGUE EL ALIMENTO DE FORMA EFICAZ Y SEGURA?

Hay distintas acciones que podemos tomar en el hogar para poder dar de comer, o comer nosotros, con seguridad y eficacia. A continuación, veremos de forma general aquellas que nos ayudarán a que comer sea una actividad placentera.

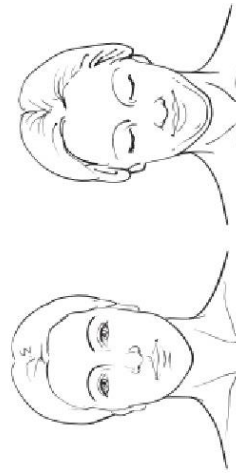
- Si la persona ocupa cualquier tipo de aparato (dental, lentes, audífonos), debemos asegurarnos que al comer los esté utilizando, para facilitar y maximizar su experiencia.
- Estado de conciencia

Cuando hablamos de "estado de conciencia", nos referimos a qué tan "despierta" o vigil está la persona. Para poder alimentarnos bien, requerimos de los 5 sentidos, por lo que

tenemos que asegurarnos que la persona con disfagia, al momento de comer esté lo más vigil posible.

- Postura

Para evitar problemas al momento de comer, debemos fijarnos que la cabeza, el cuello y el cuerpo estén bien posicionados. Se recomienda no comer en cama de ser posible, sino que sentado en una silla frente a una mesa, en 90°, con el cuello más adelante y el mentón un poco inclinado hacia el pecho, tal como muestra la figura:



Fuente: Memorial Sloan Kettering Cancer Center

En caso de encontrarnos nosotros o la persona a nuestro cuidado acostados, imposibilitados de levantarnos de la cama, se deben poner almohadas en la espalda para ayudar a mantener una postura lo más sentada posible, para que la gravedad nos ayude a tragar.

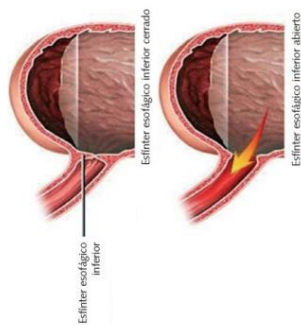
Después de comer, se recomienda que nos mantengamos al menos ½ hora en dicha posición.

- Cuidado con el reflujo

Llamamos "reflujo" a lo ingerido que, de una forma u otra, regresa del esófago. Esto es algo que hay que tomar en cuenta cuando nos encontramos con alguien con problemas de deglución. Para evitarlo, recomendamos:

- Considerar la tolerancia de la persona. Comidas muy ácidas, pesadas o con condimentos muy "picantes", podrían ocasionar reflujo.
- Preferir comidas en porciones más pequeñas.
- Consultar al médico de cabecera sobre sus medicamentos que puedan ocasionar reflujo.
- Reducir o evitar el alcohol y dejar de fumar.
- El sobrepeso puede ocasionar reflujo, por lo que hay que controlarlo.

- Mantenerse tranquilo y sentado un rato después de comer



Fuente: Adela Gómez Ayala, "Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Clínica y tratamiento"

Con estos simples consejos, reduciremos el riesgo de reflujo.

- Ayudas al comer y beber

Comer con ayudas puede servir para controlar la velocidad con que se come y el tamaño de las cucharadas que se llevan a la boca. Los utensilios pueden ayudar a promover la autonomía al alimentarse y el uso de algunos de ellos debe ser supervisado por el profesional fonaudiólogo, quien dará las mejores sugerencias para cada paciente. Se debe tener especial cuidado con las

bombillas, puesto que no todos controlan de igual forma cómo succionan los líquidos con ella.

- Higiene oral

La higiene oral en las personas con disfagia es sumamente importante. Dentro de la boca habita una cantidad normal de bacterias, la cual es destruida con la saliva, el lavado de dientes o el enjuague de la boca. Al tenerla sucia, o con restos de alimentos, aumenta la cantidad de bacterias al mismo tiempo que aumentan las probabilidades de atragantarse con saliva con muchas bacterias que puede pasar a la vía aérea. Es por eso que se aconseja seguir las siguientes recomendaciones:

- Deben lavarse los dientes después de cada comida, o AL MENOS al despertar y al dormir.
- Se puede usar un cepillo u otro utensilio, para limpiar con suavidad dientes y la superficie de la lengua.
- Las placas, tanto fijas como removibles también deben ser lavadas.
- Preguntar a su profesional cómo manejar el exceso de saliva dentro de la boca.

- Una capa blanquecina sobre la lengua puede indicar presencia de hongos, como en la foto. Consulte al médico.



Fuente: NHS Choices, Reino Unido.

- Visitar al dentista idealmente dos veces al año. Consulte en el CEFAM por programas de salud oral que puedan ayudarle.

- **Cantidades y porciones**

Cuando una persona presenta signos y síntomas de disfagia, una de las primeras cosas que vemos es que la dificultad para tragar le hace comer más lento, a veces incluso parece que la alimentación le produce malas sensaciones, debido a que se asocian con sentimientos de incomodidad, frustración y miedo. También hay personas

que no pueden controlar la cantidad de comida que toman con la cuchara, como es en el caso de algunas demencias en estado avanzado. Es por ello que damos estos consejos para pacientes y cuidadores:

- Insistir en comer lento y con cuidado, sin apresurar las comidas.
- Controlar lo que se pone en la cuchara. Se pueden hacer modificaciones sobre el tamaño de cubiertos (cuchara de sopa → cuchara de té)
- Tratar de no distraer a la persona si está muy afectada. Debe concentrarse para comer.
- Relajarse después de cada bocado.
- Evitar mezclar consistencias distintas. Por ejemplo, en una cazuela, servir cada parte por separado.
- Si un lado está más débil que el otro, comer por el lado más fuerte.
- Ayudarse, de ser necesario, con la mano para que el alimento no se escape de la boca.

- Medicamentos

Es importante, cuando asista a control o solicite hora con su médico de cabecera, comentarle sobre este problema detectado. Debe preguntar sobre los efectos secundarios de los medicamentos, puesto que algunos secan la boca y aquellos que producen sueño no debiesen ser tomados antes de comer. Tome nota de todo lo que comente su médico y déjelo a la vista.

- Ambiente

Si tenemos problemas para poder tragar el alimento, entonces necesitamos tener en lo posible nuestros sentidos enfocados a comer de forma eficaz y segura. Es por ello, que en lo posible recomendamos:

- Evitar las distracciones como radio, televisión, teléfono, etc.



- En un restaurante, sentarse lejos de la entrada o la cocina.
- Evitar que la persona con disfagia hable, puede escuchar tranquilamente, pero cuando le toque su turno de hablar se podría distraer.
- Ilumine bien la habitación para identificar la comida, con sus formas y colores, así como para ver el tamaño de las cucharadas.
- Mantener lo justo y necesario encima de la mesa.
- Trate de condimentar la comida lo más que se pueda según los gustos de la persona con disfagia. Tomar en cuenta las cantidades de sal, azúcar o condimentos picantes.

¿QUÉ COSAS PUEDE COMER UNA PERSONA QUE HA SIDO DIAGNOSTICADA CON DISFAGIA?

Como ya hemos mencionado anteriormente la alimentación no sólo nos entrega los nutrientes y la energía necesaria para el día a día. También la persona experimenta con las texturas, colores, sabores y aromas. Es por ello que se hace difícil a veces adaptar la comida usual al nuevo

estado de salud. A continuación, algunos tips para la hora de cocinar.

- La comida debe estar tierna y suave, de forma que sea fácil de manipular en la boca.
- La comida debe servirse cortada en trozos fáciles de manipular por la persona.
- Debemos asegurarnos que los alimentos estén limpios: pelados, carne magra sin grasa, pescado sin espinas, pollo sin hueso ni piel, etc.
- Se pueden hacer distintos tipos de puré de verduras, espesándolos por ejemplo con harina o papas. Se puede agregar algún tipo de salsa para mejorar la experiencia.
- Debemos preocuparnos que las texturas sean lo más parecidas posible mientras más dificultades para comer tenga la persona.
- Podemos espesar los líquidos con harina, chuño, sémola o maicena. Si se tienen los recursos, podemos comprar espesantes en la farmacia.
- Si la persona no está convencida de lo que estamos preparando o comiendo, podemos moler los alimentos frente a ella.

- Podemos comer con la persona con disfagia. No olvidemos que la comida también tiene un rol importante en las relaciones humanas.
- Recuerde evitar alimentos que produzcan reflujo.
- Consultar a la nutricionista del programa por los aportes de energía de las comidas.

COSAS QUE PODEMOS TOMAR EN CUENTA

Estando en casa, hay varias cosas extra que podemos hacer:

- Hacer una minuta con las comidas de la semana, trabajarla con la persona a su cuidado, así consideramos sus gustos y preferencias.
- Tener un registro de situaciones en que ha presentado fiebre al otro día o a la noche. Los cuadros febriles deben estudiarse para descartar que no sea una infección en los pulmones, lo que más queremos evitar.
- Podemos hacer una tabla donde registremos el lavado de dientes. Consideremos por lo dicho

anteriormente que POR LO MENOS se deben lavar al despertar y antes de dormir. Por ejemplo:

	L	M	M	J	V	S	D
Desayuno	X	X					
Media mañana							
Almuerzo	X						
Once	X						
Cena	X	X					

- Si la persona a nuestro cuidado cuenta con oxímetro, podemos tomar la saturación después de cada comida y llevar un registro de ello antes y después de la comida. Por ejemplo:

	L	M	M
Desayuno	99-98		M
Media mañana	99-99		
Almuerzo	99-98		
Once	99-95		
Cena			
Un descenso desde 3% después de comer, algunos profesionales ya lo consideran como un problema de seguridad, por lo que hay que estudiar.			
Se debe tomar nota del tipo de comida que le produjo el problema en caso de ser posible.			

Finalmente, recomendamos imprimir y pegar en un espacio visible, este decálogo adaptado tomado del Manual de "Disfagia Orofaringea en Población Geriátrica", de los Dres. Avilés, Martín y Gañán:

1. Estar lo más despierto posible al momento de comer
2. Sentado lo más que se pueda en 90°
3. Cabeza alineada con la espalda, con el mentón hacia adelante
4. Boca limpia antes de comer
5. Evitar comida con grumos difíciles de tragar
6. Los líquidos deben estar bien espesados en caso de requerirlo
7. Cucharadas pequeñas (aproximadamente 10cc)
8. Controlar porciones (consultar a la nutricionista)
9. Respetar los horarios de comida y cantidades que debe comer al día (consultar a la nutricionista)
10. Limpiar la boca después de comer

PROGRAMA DE SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN

Este programa es un esfuerzo de profesionales de los Centros de Salud Familiar de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso para concientizar a los usuarios sobre la disfagia como una complicación presente en distintos problemas de salud. Al mismo tiempo, busca comprender la carga de cuidadores y cuidadoras de pacientes que puedan tener dicha complicación, ayudándoles con tips sobre una alimentación segura y eficaz.



El ingreso de cada paciente a este programa ha sido estudiado por los profesionales de cada uno de los CESFAM que participan, cumpliendo criterios ya establecidos.

Este programa consta con distintas actividades:

- Una evaluación preliminar de la deglución de cada candidato.
- Una actividad inicial de bienvenida y capacitación para los pacientes y cuidadores/cuidadoras de la persona con disfagia.
- Sesiones donde se evaluará constantemente cómo es la deglución del individuo. En estas mismas sesiones se enseñarán distintas técnicas de manejo y se evaluará la forma en que cada uno se alimenta o entrega el alimento, para corregir errores.
- Una sesión intermedia de intercambio de experiencias.
- Una sesión final para evaluar el proyecto.
- Una reunión con todos los participantes para contar sobre los resultados generales de la intervención.

Es importante llevar un registro de cómo se alimenta la persona con disfagia y llevarlo cada vez que sea citado por el fonoaudiólogo.

Finalmente, recalcar que este programa es una oportunidad de fortalecer su relación con el CESFAM y con los programas de salud que ofrece para las distintas poblaciones. Los profesionales del CESFAM han sido capacitados en este tema durante unas jornadas territoriales y tiene instrucción de orientarle en todas sus dudas que se presenten durante su participación. No olvide preguntar sobre programas de Salud Oral, Envejecimiento Activo y Saludable, Visitas Domiciliarias, Controles Médicos Preventivos, y todos los servicios ofrecidos por su centro de salud.

ANEXO 6

Cotizaciones

- **Cotización pendón:** pendón roller PVC de 0,8 x 2,0mts, bolso de tela y base. 2 unidades, incluye IVA.

Aloprint Limitada Las Urbinas 53 Local.69 Providencia Teléfono 226564600 Fax			
Cotización			
Interno Atn. Sebastián G. Pino Hidalgo			
Cotización N° : 45591	Emisión : 04/09/2017	Vencimiento : 19/09/2017	Fono : Fax :
Item	Unid.	Cantidad	Precio Unit. Total \$
<input type="checkbox"/> 001 Pendon Roller PVC 0,8x 2 mts+bolso+base	Unid	2	\$ 32,990 65,980
Neto			\$ 55,445
IVA			\$ 10,535
Total			\$ 65,980

- **Cotización afiches:** Cotización por 30 afiches a color impresos en papel couché de 170grs, medidas 0,33 x 0,48mts. Precio final IVA incluido.

Aloprint Limitada Las Urbinas 53 Local.69 Providencia Teléfono 226564600 Fax			
Cotización			
Interno Atn. Sebastián G. Pino Hidalgo			
Cotización N° : 45593	Emisión : 04/09/2017	Vencimiento : 19/09/2017	Fono : Fax :
Item	Unid.	Cantidad	Precio Unit. Total \$
<input type="checkbox"/> 001 Imp. Color 33x48 4/0 Couche 170	Unid	30	\$ 810 24,300*
Neto			\$ 20,420
IVA			\$ 3,880
Total			\$ 24,300

- **Cotización manuales:** en base a este presupuesto, se ha obtenido el valor final por cada manual. A continuación se detallan gastos unitarios y precio final de cada manual.

- Precio unitario por portada: CLP \$960
- Precio unitario por hoja: CLP \$828
- Precio por servicio de engrapado: CLP \$8
- Servicio de corte: CLP \$12/hoja

- **Manual profesionales:**


$$960 + (828 \times 9) + 8 + (12 \times 10) = \$ 8540/\text{unidad}$$

- **Manual pacientes y cuidadores:**

$$960 + (828 \times 7) + 8 + (12 \times 7) = \$ 6848/\text{unidad}$$

Aloprint Limitada Las Urbinas 53 Local.69 Providencia Teléfono 226564600 Fax					
Cotización					
Interno Atn. Sebastián G. Pino Hidalgo					
Cotización N° : 45594		Emisión : 04/09/2017		Vencimiento : 19/09/2017	
		Fono :		Fax :	
Item	Unid.	Cantidad	Precio Unit.	Total \$	
<input type="checkbox"/> 001 Imp. Color 30x45 4/4 Couche 170	Unid	50	\$ 960	48,000*	
<input type="checkbox"/> 002 Imp. Color 30x45 4/4 Couche 130	Unid	200	\$ 828	165,600*	
<input type="checkbox"/> 003 Servicio Corcheteado Uni.	Unid	200	\$ 8	1,600	
<input type="checkbox"/> 004 Servicio de Plisado	Unid	500	\$ 20	10,000*	
<input type="checkbox"/> 005 Servicio de Corte	Unid	6	\$ 500	3,000	
Neto				\$	191,765
IVA				\$	36,435
Total				\$	228,200

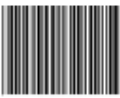
- **Cotización por insumos médicos requeridos:** corresponde a lo esperado como gasto mensual, según cantidades detalladas en tabla de costos.



FECHA 30/08/2017
RUT 11111111
RAZON SOCIAL CLIENTES GENERALES
DIRECCION .
TELEFONOS .
ATENCION SEBASTIAN PINO HIDALGO

IMPORTADORA BIOCARE LIMITADA
RUT : 76.143.373-3
 VENTA, DISTRIBUCION DE INSUMOS MEDICOS Y DE LABORATORIOS
 CASA CENTRAL : QUILPUE BLANCO # 1023 LOCAL-3 FONOS : (32) 2223008
 SUCURSAL : VICTORIA # 2716 - VALPARAISO - FONOS : (32) 2223015
 web : www.ibiocare.cl • email : ventas@ibiocare.cl

COTIZACION :


 2670

DETALLE DEL PRODUCTO	CANTIDAD	VALOR C/IVA	TOTAL C/IVA
OXIMETRO DE PULSO (IMP. PROPIA)	1	35,000	35,000
GUANTE DE EXAMEN PROCED LATEX M C.JX100	3	4,500	13,501
GUANTE DE VINYL TAMAÑO L C.JX 100	2	4,950	9,900
APLICADORES (TORULA) MADERA Y ALGOD. PAQ. 100 UD	3	1,200	3,600
BAJALENGUA MADERA X 100 UND.	2	1,400	2,800
JERINGA DESECH. 20 ML. C/AG. 21G X 100 UND.	1	22,500	22,501
MASCARILLA 3P.ELAST. BLANCA X 50 UND	2	5,400	10,800
Observaciones		TOTAL C/IVA	98,101

FIRMA VENDEDOR
 IMPORTADORA BIOCARE
 LIMITADA

Desglose segun Decreto Ley 825

NETO	82,438
DESCUENTO	0
AFFECTO	82,438
I.V.A	15,663
TOTAL	98,101

-Cotización Valida por 15 Días

-Mercadería para Entrega Inmediata, salvo previa venta

-Nuestro Numero de Cotización debe incluirse en su Orden de Compra

-Condiciones de Pago : (a) Contado Contra Entrega Efectivo Tarjeta